Aus dem Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation
der Freien Universität Berlin

Entwicklung des Trinkverhaltens bei alkoholkranken Frauen und Männern unter besonderer Berücksichtigung des Jellinek'schen Krankheitsmodells

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Wolfgang Schmidt

Berlin 1985

Aus dem Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation
der Freien Universität Berlin

Entwicklung des Trinkverhaltens bei alkoholkranken Frauen und Männern unter besonderer Berücksichtigung des Jellinek'schen Krankheitsmodells

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Wolfgang Schmidt

Berlin 1985

Referent: Prof. Dr. Joachim Hornung
Koreferent: Prof. Dr. Friedrich Bschor

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 7.2.1985

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	ALKOHOLISMUS	6
1.1.	Einführung und Epidemiologie	6
1.2.	Definitionen	1o
1.3.	Typologie	11
2.	DIE BEHANDLUNG DER ALKOHOLKRANKHEIT IM JÜDISCHEN KRANKENHAUS BERLIN	17
2.1.	Einführung	17
2.2.	Diagnostik	2o
2.3.	Therapie	21
2.3.1.	Internistische Therapie	21
2.3.2.	Psychotherapeutische Maßnahmen	22
2.3.3.	Sozialtherapie	24
3.	FRAGESTELLUNG	25
4.	METHODIK	26
5.	ERGEBNISSE UND DISKUSSION	31
5.1.	Sozialdaten	31
5.1.1.	Lebensalter	31
5.1.2.	Familienstand	32
5.1.3.	Höchster Schulabschluß	34
5.1.4.	Beruf und soziale Schichtung	35
5.1.5.	Alkoholkranke Familienangehörige	4o
5.2.	Erster Alkoholkonsum	41
5.3.	Erster Rausch	48
5.4.	Typologie	53
5.5.	Symptomatik und ihr zeitliches Auftreten	56
5.5.1.	Übersicht	56
5.5.2.	Dauer der einzelnen Phasen	61
5.5.3.	Erleichterungstrinken	63
5.5.4.	Gedächtnislücken	68
5.5.5.	Kontrollverluste	7o
5.5.6.	Entzugszeichen	72
5.5.7.	Regelmäßiges morgendliches Trinken	75
5.5.8.	Der Wunsch, vom Alkohol wegzukommen	77
5.5.9.	Der Wunsch nach Behandlung	79
5.5.1o.	Personen, die die Patienten zur Behandlung bewogen	81
5.5.11.	Dauer der Abhängigkeit	83
5.5.12.	Trinkpausen und vergangene Therapien	88
5.6.	Trinkverhalten vor Krankheitsbeginn	93
5.6.1.	Trinkfrequenz	94
5.6.2.	Trinkgelegenheit	95
5.6.3.	Heimliches Trinken	95
5.6.4.	Trinkmenge Alkohol	97
5.6.5.	Bevorzugtes alkoholisches Getränk	99
5.6.6.	Trinkmenge Bier	1o3
5.6.7.	Trinkmenge Wein und Sekt	1o4
5.6.8.	Trinkmenge Spirituosen	1o5
5.6.9.	Biersorten	1o7
5.6.1o.	Weinsorten und Sekt	11o

Seite

5.6.11.	Spirituosensorten	112
5.7.	Trinkverhalten während der Präalkoholischen Phase	115
5.7.1.	Trinkfrequenz	116
5.7.2.	Trinkgelegenheit	118
5.7.3.	Heimliches Trinken	12o
5.7.4.	Trinkmenge Alkohol	12o
5.7.5.	Bevorzugtes alkoholisches Getränk	121
5.7.6.	Trinkmenge Bier	123
5.7.7.	Trinkmenge Wein und Sekt	124
5.7.8.	Trinkmenge Spirituosen	125
5.7.9.	Biersorten	126
5.7.1o.	Weinsorten und Sekt	13o
5.7.11.	Spirituosensorten	131
5.8.	Trinkverhalten während der Prodromalphase und der Kritischen Phase	133
5.8.1.	Trinkfrequenz	134
5.8.2.	Trinkgelegenheit	136
5.8.3.	Heimliches Trinken	138
5.8.4.	Trinkmenge Alkohol	138
5.8.5.	Bevorzugtes alkoholisches Getränk	139
5.8.6.	Trinkmenge Bier	141
5.8.7.	Trinkmenge Wein und Sekt	142
5.8.8.	Trinkmenge Spirituosen	143
5.8.9.	Biersorten	145
5.8.1o.	Weinsorten und Sekt	148
5.8.11.	Spirituosensorten	149
5.9.	Trinkverhalten während der Chronischen Phase	151
5.9.1.	Trinkfrequenz	152
5.9.2.	Trinkgelegenheit	154
5.9.3.	Heimliches Trinken	156
5.9.4.	Trinkmenge Alkohol	156
5.9.5.	Bevorzugtes alkoholisches Getränk	158
5.9.6.	Trinkmenge Bier	16o
5.9.7.	Trinkmenge Wein und Sekt	161
5.9.8.	Trinkmenge Spirituosen	162
5.9.9.	Biersorten	164
5.9.1o.	Weinsorten und Sekt	166
5.9.11.	Spirituosensorten	168
5.1o.	Vergleich des Trinkverhaltens während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit	17o
5.1o.1.	Trinkfrequenz	171
5.1o.2.	Trinkgelegenheit	172
5.1o.2.1.	Trinken allein	173
5.1o.2.2.	Trinken bei der Arbeit	175
5.1o.2.3.	Trinken bei geselligen Anlässen in kleinerem Rahmen	177
5.1o.2.4.	Trinken bei geselligen Anlässen in größerem Rahmen	178
5.1o.2.5.	Morgendliches Trinken	18o
5.1o.2.6.	Trinken beim Mittagessen	181
5.1o.2.7.	Trinken beim Abendessen	182
5.1o.2.8.	Trinken beim Fernsehen	183
5.1o.3.	Heimliches Trinken	184
5.1o.4.	Trinkmenge Alkohol	186
5.1o.5.	Bierkonsum	188
5.1o.5.1.	Bier als bevorzugtes Getränk	188
5.1o.5.2.	Trinkmengen Bier	19o

Seite

5.1o.5.3. Biersorten 191
5.1o.6. Wein- und Sektkonsum 192
5.1o.6.1. Wein und Sekt als bevorzugtes Getränke..... 193
5.1o.6.2. Trinkmengen Wein und Sekt 193
5.1o.6.3. Weinsorten und Sekt 195
5.1o.7. Spirituosenkonsum 196
5.1o.7.1. Spirituosen als bevorzugte Getränke 196
5.1o.7.2. Trinkmengen Spirituosen 197
5.1o.7.3. Spirituosensorten 199
5.11. Suizidgedanken und Suizidversuche 199
5.12. Alkohol und andere Suchtmittel 2oo
5.12.1. Drogen 2oo
5.12.2. Medikamente 2oo
5.12.3. Tabak 2o1

6. ZUSAMMENFASSUNG 2o2

ANHANG 2o4

1. Tabellen 2o5

2. Fragebögen 214

3. Verzeichnis der Abkürzungen 23b

4. Literaturverzeichnis 232

5. Lebenslauf 241

1. ALKOHOLISMUS

1.1. Einführung und Epidemiologie

Bereits die ersten Kapitel des Alten Testamentes der Bibel schildern Alkoholmißbrauch und seine Folgen. Nachdem Noah zuviel Wein getrunken hatte, erfolgte ein Fluch über sein ganzes Volk (1. Mose 9, 2o-27).

Bei den Sumerern war Bier alltäglich (29). Die Ägypter benutzten es sogar als Zahlungsmittel (17). Wein war für Hebräer wie Römer ausschließlich ein Getränk der Männer (15,87).
Griechische Denker sahen ihn als Thema ihrer Philosophien (86). Der Islam lehnt den Alkoholismus völlig ab.(121).

So schwankte die Einstellung zum Alkohol im Laufe der Jahrtausende zwischen Abstinenz, Ambivalenz und Toleranz (84). Aus dem heutigen deutschen Kulturkreis ist Alkohol nicht wegzudenken. Vor dem Essen wird ein Cocktail gereicht, zum Fernsehen gehört das Bier, Politiker stoßen mit Sekt an, die Werbespots zeigen junge, gesunde und fröhliche Menschen mit einem Schnapsglas in der Hand, und wenn man nicht weiß, was man jemandem zu einem feierlichen Anlaß schenken soll, so ist es mit einer Flasche Wein beinahe immer gut getan.

Die deutsche Gesellschaft ist eine alkoholpermissive Gesellschaft. Alkoholkonsum wird in der Regel erwartet, Exzesse werden von einem Teil der Bevölkerung geduldet. Nach REUBAND finden 73% der Bundesbürger nichts dabei, wenn jemand bei festlichen Anlässen wie Geburtstag, Hochzeit oder Silvester "einen über den Durst trinkt", 51% halten Angetrunkensein in größerer - (Party, Feiern), 47% in kleinerer Gesellschaft für tolerabel (89).

Die Bundesdeutschen hatten 1981 mit 12,44 l im Jahr den vierthöchsten Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol nach Luxemburg, Frankreich und Spanien(95). Das bedeutet, jeder Bundesbürger - vom Säugling bis zum Greis - konsumierte täglich durchschnittlich 34 ml bzw. 27 g reinen Alkohol. Seit 195o zeigte der Alkoholkonsum eine stetige Zunahme und erreichte 1979 mit 12,74 l reinen Alkohols pro Kopf pro Jahr seinen Höhepunkt.

Bereits vor dem 2. Weltkrieg und besonders um die Jahrhundertwende gab es Zeiten starken Alkoholkonsums. 19oo war die Zeit des sogenannten Elendsalkoholismus, in der viel Branntwein getrunken wurde. Eine Übersicht über die Entwicklung des Alkoholkonsums im 2o. Jahrhundert sowie eine Aufschlüsselung des Verbrauchs einzelner Getränkesorten gibt Abb. 1. Abb. 2 zeigt den Vergleich zu nichtalkoholischen Getränken.

Der Konsum nichtalkoholischer Getränke nahm ebenfalls während der letzten zwei Jahrzehnte zu. Mit Ausnahme von Milch und Kaffeemitteln erfolgte bei den anderen Getränken aufgrund steigenden Wohlstandes und sich wandelnder Trinkgewohnheiten ein Anstieg.

Die Bundesdeutschen liegen weltweit mit dem Weinkonsum auf dem 14., dem Spirituosenkonsum auf dem 11. und dem Bierkonsum auf den 1. Platz (95). In der Bierproduktion nehmen die über 1.4oo Brauereien Deutschlands den zweiten Platz hinter den USA ein. Durchschnittlich gab jeder Bundesbürger 1981 367,5o DM für Bier, 168,5o DM für Wein und 14o,6o DM für Spirituosen aus, das sind insgesamt 676,6o DM (95). Der Alkoholkonsum Jugendlicher war in den letzten Jahren gleichbleibend (31). Dabei ist festzustellen, daß zwar insgesamt weniger Jugendliche alkoholische Getränke konsumieren, diese aber individuell mehr trinken (6).

Die bisherigen Aussagen erlauben noch keine Angaben über die Prävalenz der Alkoholkrankheit. Die Zahl der Alkoholkranken ist abhängig von den Trinkgewohnheiten sowie der Anzahl der Alkoholkonsumenten in einer Gesellschaft. Dabei ist es nicht leicht, die Anzahl der Alkoholkranken in einer Bevölkerung zu ermitteln, einmal aufgrund von Definitionsschwierigkeiten (siehe unten), zum anderen bedingt durch epidemiologische Probleme. Die derzeit verfügbaren Zahlen basieren weitgehend auf Felduntersuchungen mit randomisierten Stichproben (31,112) und schwanken zwischen 1,5 Millionen (95) und 1,8 Millionen (42) Alkoholikern. Der Anteil der Frauen beträgt zwischen 25 und 3o% (31). In West-Berlin gibt es etwa 8o.ooo Alkoholiker (6o). In den unteren sozialen Schichten finden sich zwar mehr Abstinenzler, gleichzeitig mehr Menschen mit extremem Alkoholkonsum. Selbständige besitzen ebenfalls eine hohe Anfälligkeit (31). Berücksichtigt man das unmittelbare Umfeld, nämlich Partner und Kinder von Alkoholkranken, die nahezu regelmäßig durch die Auswirkungen der Krankheit mitgeschädigt sind, so sind in der

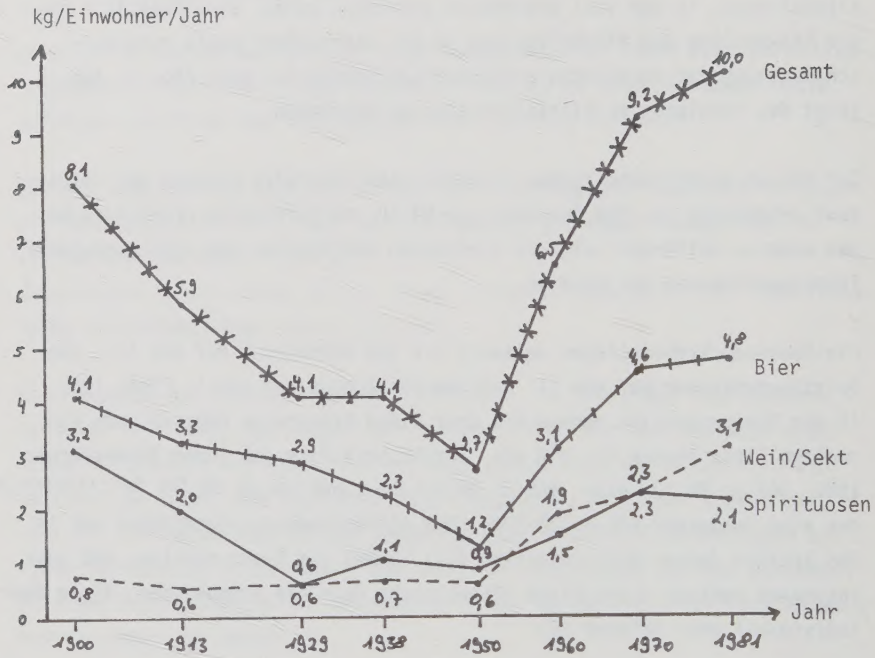


Abb. 1: Jährlicher Verbrauch reinen Alkohols in Form verschiedener alkoholischer Getränke in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West in Kilogramm pro Einwohner pro Jahr (Zahlenmaterial aus SCHMIDT, H.G. (95)

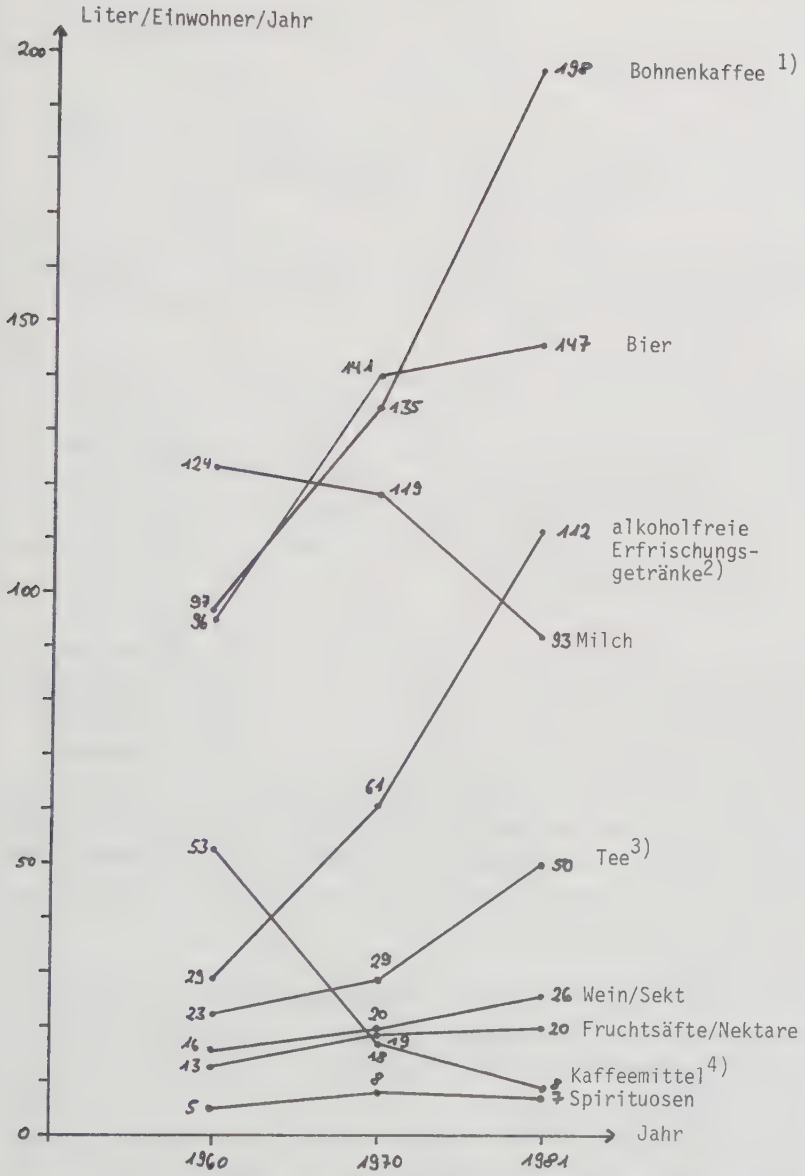


Abb. 2: Jährlicher Getränkeverbrauch in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West in Litern pro Einwohner 196o,197o,1981. (Zahlenmaterial aus SCHMIDT, H.G. (95)

1) (3o g je 1 l)
2) Mineralbrunnen, künstl. Mineralwasser
3) alle Teearten (5 g je 1 l)
4) z.B. Karo^{R}-Kaffee (15 g je 1 l)

Bundesrepublik nicht nur 1,5 bzw. 1,8 Millionen, sondern mindestens 4 Millionen Menschen vom Alkoholismus betroffen.

Diese Zahlen zeigen, daß es sich beim Alkoholismus um ein großes medizinisches, aber auch soziales, psychologisches und ökonomisches Problem handelt.

1.2. Definitionen (123,124,125)

Der Begriff "Alkoholismus" ist nicht einheitlich definiert. Er wird sowohl für die Bezeichnung von chronischem Alkoholmißbrauch als auch von Alkoholabhängigkeit verwendet. Mißbrauch ist falscher Gebrauch eines Rechtes, einer Sache oder einer Person. "Alkoholmißbrauch" ist somit soziokulturellen Normen unterworfen und wird von verschiedenen Gesellschaften unterschiedlich definiert. Mißbrauch kann, muß aber nicht Ausdruck eines alkoholkranken Verhaltens sein.

Die WHO empfahl 1964, den Begriff "Sucht" (dominierendes Verlangen nach bestimmten Werten oder Scheinwerten) durch den Begriff "Abhängigkeit" zu ersetzen (124). Abhängigkeit wird definiert als "Zustand seelischer oder seelischer und körperlicher Abhängigkeit von einer Droge mit zentraler Wirkung, der durch periodische Aufnahme der Substanz charakterisiert ist" (124). Dabei kann unterschieden werden zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit (66). Erstere bezeichnet das Auftreten eines Entzugssyndroms zum Beginn einer Abstinenz, letztere ein zwingendes Verlangen nach weiterem Konsum zur Stimmungsänderung.

JELLINEK versuchte, die Begriffe "Trinker", "Alkoholiker" und "Alkoholkranker" wie folgt abzugrenzen:

I Nichttrinker
II Trinker
  a) gelegentlich
  b) gelegentlich - exzessiv

III Alkoholiker
    a) nicht-süchtige
    b) süchtige,

wobei IIIb den Alkoholkranken darstellt (56).

Die Alkoholkrankheit ist somit durch seelisch-körperliche Abhängigkeit charakterisiert und nicht durch organische Folgeschäden, die häufig zusätzlich auftreten.

1.3. Typologie

JELLINEK definierte weitere Untergruppen von Alkoholikern (53).

a) nicht-süchtige Alkoholiker:
   Alpha-Alkoholiker
   Beta-Alkoholiker
b) süchtige Alkoholiker:
   Gamma-Alkoholiker
   Delta-Alkoholiker
   Epsilon-Alkoholiker.

Krankheitsmodell und Typologie nach JELLINEK haben sich weitgehend durchgesetzt, wenngleich es sicherlich auch nicht eindeutig klassifizierbare Alkoholiker gibt.

Alpha-Alkoholiker
werden auch als Konflikt-, Wirkungs- und Erleichterungstrinker bezeichnet. Sie erfahren Entspannung, vermehrte Sicherheit und besseres Durchsetzungsvermögen durch Alkohol und neigen dadurch dazu, in Belastungssituationen erneut auf den Alkohol zurückzugreifen. Sie entwickeln eine psychische Abhängigkeit, die jedoch nur gering progredient ist und ihnen die Freiheit läßt, jederzeit mit dem Trinken aufzuhören.

Beta-Alkoholiker

sind Menschen, die aufgrund von Trinksitten und Gewohnheiten viel Alkohol konsumieren und deshalb häufig auch als Gelegenheitstrinker bezeichnet werden. Sie können zwar durch den ausgeprägten Alkoholkonsum körperliche Folgeschäden aufweisen, sind jedoch jederzeit in der Lage,aufzuhören, da sie keine Abhängigkeit entwickeln.

Gamma-Alkoholiker

- wie auch Delta- und Epsilon-Alkoholiker (siehe unten) - werden von JELLINEK als Alkoholkranke bezeichnet. Der größte Teil der Alkoholkranken (92-94%) in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin sind Gamma-Alkoholiker. Sie weisen Symptome auf, die JELLINEK in vier Phasen zusammenfaßte (55):

A Voralkoholische Phase
1. Erleichterungstrinken
2. Abnahme der Toleranz für seelische Belastungen

B Prodromalphase
1. einzelne alkoholische Palimpseste+
2. Heimliches Trinken
3. Dauerndes Denken an Alkohol
4. Gieriges Trinken der ersten Gläser
5. Schuldgefühle
6. Vermeidung der Anspielung auf Alkohol
7. Häufige Palimpseste

+ Worterklärung siehe S. 14

C Kritische Phase
8. Verlust der Kontrolle (nach Beginn des Trinkens)
9. Alkoholikeralibis (warum er trinken mußte)
10. Widerstand gegen Vorhaltungen
11. Großspuriges Benehmen
12. Auffallend aggressives Benehmen
13. Dauernde Zerknirschung
14. Perioden völliger Abstinenz mit ständigen Niederlagen
15. Änderung des Trinksystems

16. Freunde fallenlassen
17. Arbeitsplätze fallenlassen
18. Das Verhalten auf den Alkohol konzentrieren
19. Verlust an äußeren Interessen
2o. Neue Auslegungen zwischenmenschlicher Beziehungen
21. Auffallendes Selbstmitleid
22. Gedankliche und tatsächliche Ortsflucht
23. Ungünstige Änderung im Familienleben
24. Grundloser Unwille
25. Bestreben seinen "Vorrat" zu sichern
26. Erste Einweisung in ein Krankenhaus wegen körperlicher alkoholischer Beschwerden (die aber von ihm anders gedeutet werden)
27. Vernachlässigung angemessener Ernährung
28. Abnahme des sexuellen Triebes
29. Alkoholische Eifersucht
3o. Regelmäßiges morgendliches Trinken (Beginn der chronischen Phase)

D Chronische Phase

31. Verlängerte tagelange Räusche
32. Bemerkenswerter ethischer Abbau
33. Beeinträchtigung des Denkens
34. Passagere alkoholische Psychosen
35. Trinken mit Personen weit unter dem eigenen Niveau
36. Zuflucht zu technischen Produkten (Haarwasser, Brennspiritus)
37. Verlust der Alkoholtoleranz
38. Angstzustände
39. Zittern
4o. Psychomotorische Hemmungen
41. Das Trinken nimmt den Charakter der Besessenheit an
42. Das Erklärungssystem versagt. Er wird leichter der Behandlung zugänglich (völliger geistiger, seelischer, körperlicher Zusammenbruch)

In der voralkoholischen Phase erfahren Gamma-Alkoholiker Erleichterungstrinken wie die Alpha-Alkoholiker und lassen sich von diesen nicht abgrenzen. Im weiteren Verlauf nimmt die Toleranz für seelische Belastungen ab, so daß Alkohol immer häufiger zur Kompensation benötigt wird. Er verliert den Charakter des Genußmittels und wird zum Stimmungsregulans. Die Alkoholtoleranz nimmt zu, so daß größere Alkoholmengen zur Erzielung der gleichen Wirkung benötigt werden. Trunkenheit ist nicht unbedingt charakteristisch. Häufig wird die Besonderheit des Trinkens den Betroffenen und ihrem Umfeld noch nicht bewußt. Eine Behandlung in dieser Phase ist kaum möglich.

Die Prodromalphase beginnt in der Regel mit Palimpsesten, das sind Erinnerungslücken nach dem Genuß bereits relativ geringer Alkoholmengen, die 5o bis 6o mg nicht zu überschreiten brauchen und noch nicht zum Vollrausch führen. Viele Alkoholiker bezeichnen diese Erinnerungslücken als "Filmriß". Da Alkohol immer mehr als Kompensationsmittel notwendig wird, beginnt der Alkoholkranke allein und heimlich zu trinken; in Konfliktsituationen muß er an Alkohol denken. Das erste Glas wird häufig schnell, hastig getrunken, da es nicht mehr um den Geschmack, sondern um die Wirkung geht. Teilweise wird dem Kranken diese ungewöhnliche Trinkart bewußt, und er entwickelt Schuldgefühle und meidet Anspielungen auf Alkohol.

Andererseits wird er häufig aufgrund seiner erhöhten Alkoholtoleranz,d.h. seiner Fähigkeit,ohne Berauschung viel trinken zu können in einer regellos trinkenden Gesellschaft als kontaktfreudiger Repräsentant eines modernen Lebensstils mit großem Stehvermögen nicht nur toleriert, sondern auch honoriert.

Die kritische Phase ist in ihrem Beginn durch das Auftreten von Kontrollverlusten charakterisiert. Bereits kleine Alkoholmengen lösen einen unwiderstehlichen Drang nach weiterem Alkoholkonsum aus. Trinkmenge und Ende des Trinkens können vom Alkoholkranken nicht mehr willentlich beeinflußt und gesteuert werden. Dadurch kommt es zunehmend zu sozialen Konflikten.

Der Mechanismus für den Kontrollverlust ist noch unbekannt. Neuere Untersuchungen lassen eine zugrundeliegende abnorme Stoffwechselprogrammierung vermuten, die nahezu alle Gamma-Alkoholiker bis zu ihrem Lebensende behalten (111).

Wiederholte Kontrollverluste verstärken den Leidensdruck. Der Alkoholiker bildet sich Trinkregeln und nimmt Perioden freiwilliger Abstinenz auf sich. Er sucht Erklärungssystemefür sein Verhalten und verschanzt sich bei zunehmender Ichschwäche hinter einer massiven Abwehrwand. Einerseits reagiert er mit Depression und Selbstmitleid, andererseits mit aggressivem Benehmen und renomistischem Imponiergehabe.

Der Zellstoffwechsel paßt sich an Äthanol an, so daß es zu Beginn von Trinkpausen zu Entzugszeichen wie Unruhe, Verstimmung, Händezittern, Schweißausbrüchen, Übelkeit, Erbrechen, bei fortgeschrittenem Krankheitsbild auch zu Halluzinaionen, epileptischen Anfällen und Delirium tremens kommen kann.

Die chronische Phase ist charakterisiert durch regelmäßiges morgendliches Trinken und tagelange Räusche infolge gehäuft auftretender Kontrollverluste. Die Alkoholtoleranz nimmt langsam ab, so daß in manchen Fällen das Entzugssyndrom erst kupiert werden kann, wenn sich der Kranke im Vollrausch befindet.

Es kommt zu fortschreitendem körperlichen, seelischen und sozialen Verfall und schließlich zum völligen Zusammenbruch.

Eine Zusammenfassung wichtiger Merkmale der einzelnen Phasen gibt Tab. 1:

	Erleichterungstrinken	Gedächtnislücken	Kontrollverluste	regelmäßiges morgendliches Trinken
voralkoholische Phase	+	-	-	-
Prodromalphase	+	+	-	-
kritische Phase	+	+	+	-
chronische Phase	+	+	+	+

Delta-Alkoholiker

Der typische Delta-Alkoholiker beginnt seinen Alkoholkonsum im Rahmen der gesellschaftlichen Trinkgewohnheiten ohne Erleichterungstrinken. Er wird physisch vom Alkohol abhängig und entwickelt Entzugserscheinungen nach Trinkpausen, so daß er ständig für einen entsprechenden Blutalkoholspiegel sorgen muß. Deshalb wird er auch als Spiegeltrinker bezeichnet. In der Regel hat er keinen Kontrollverlust und erfährt somit geringere soziale Belastung. Auf der anderen Seite entwickelt er häufig organische Folgeschäden.

Der Epsilon-Alkoholiker trinkt episodisch und hat dazwischen wochenlang keinen Bezug zum Alkohol. Nach Krisentagen mit depressiven Verstimmungen, erhöhter Reizbarkeit und Unruhe sowie zwanghaftem Denken an Alkohol kommt es zum Kontrollverlust mit mehrtägigem exzessivem Alkoholkonsum.

Der Epsilon-Alkoholismus ist selten.

Man kann einräumen, daß eine Typologie wie die beschriebene nach JELLINEK nicht jedem Alkoholiker in vollem Ausmaß gerecht wird. Dennoch bietet sie dem Patienten die Möglichkeit, sich mit seinem Krankheitsbild zu identifizieren und Abwehrhaltungen abzubauen. Dem Therapeuten ermöglicht sie besseres Verstehen der Verhaltensweisen seines Patienten und einen größeren Überblick über die Alkoholkrankheit.

Tab. 2 liefert einen Überblick über die verschiedenen Alkoholismustypen JELLINEK's:

TYPUS	psychische Abhängigkeit	physische Abhängigkeit	Kontrollverlust	Gedächtnislücken	Entzugszeichen
Alpha	+	-	-	-	-
Beta	-	-	-	-	-
Gamma	+	+	+	+	+
Delta	(+)	+	-	+	+
Epsilon	+	(+)	+	(+)	(+)

2. DIE BEHANDLUNG DER ALKOHOLKRANKHEIT IM JÜDISCHEN KRANKENHAUS BERLIN

2.1. Einführung

Enttäuschende Erlebnisse mit Alkoholkranken, ihr Verleugnen und Bagatellisieren, mangelnde Einsicht und Rückfälle sowie undiszipliniertes Verhalten ließen und lassen vielerorts auch heute noch Ablehnung und Distanz auf der Seite des medizinischen Personals aufkommen. Man faßte in den letzten Jahrhunderten Alkoholismus eher als moralisches Problem, d.h. als eine Charakter- und Willensschwäche, Versuchungen zu widerstehen, auf, gegen die es keine Therapie gab. Alkoholiker wurden in Trinkerasylen oder in psychiatrischen Kliniken verwahrt, um die Gesellschaft vor ihnen zu schützen.

Zunächst waren es Laienbewegungen und religiöse Gruppen, die sich um Alkoholiker bemühten. 1935 entstand in Nordamerika die Bewegung der Anonymen Alkoholiker, die zahlreiche Impulse zur Aufnahme einer Alkoholismusforschung gab (68). Diese führte zu neuen Erkenntnissen, die eine Revision notwendig machten und die therapeutischen Ansätze entscheidend veränderten. In Deutschland dauerte es bis zum 18. Juni 1968, bis durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes Alkoholismus als Krankheit im Sinne der RVO anerkannt wurde, selbst, wenn keine körperlichen Folgeschäden sondern lediglich Kontrollverluste vorliegen (14). Damit wurde auch die versicherungsrechtliche Voraussetzung zur Behandlung erfüllt.

Heute finden wir ein breites Therapieangebot für Alkoholabhängige, das von der ambulanten über die kurz- und mittelfristige bis zur langfristigen stationären Behandlung reicht. Nach Überwindung des akuten Entziehungssyndroms berücksichtigt die Therapie körperliche, psychische, soziale Folgeschäden und zielt auf eine Stabilisierung und Reifung der Persönlichkeit.

Angeregt von Therapiemodellen im Ausland (Donwood-Hospital in Toronto, Hazelden-Klinik in Minneapolis, Jellinek-Klinik in Amsterdam u.a. (96), wurde Mitte der Sechziger Jahre im Jüdischen Krankenhaus ein Modell entwickelt, das sich im Hinblick auf Behandlungsintensität, Behandlungsansatz und Behandlungsdauer deutlich vom traditionellen deutschen Heilstättensystem unterschied. Dieses Modell soll im folgenden vorgestellt werden.

Das Jüdische Krankenhaus ist ein von der Stadt Berlin getragenes Krankenhaus mit 448 Betten (58). Es besitzt eine Geriatrische, eine Innere und eine Chirurgische Abteilung, sowie leistungsfähige Diagnostikabteilungen für Labormedizin und Radiologie. Die Psychosomatische Abteilung, von der im Rahmen dieser Arbeit berichtet wird, ist aus der Inneren Abteilung hervorgegangen und wird offiziell auch als II. Innere Abteilung bezeichet. Eine zunehmende Zahl von Patienten mit organischen internistischen Erkrankungen, denen ursächlich eine Alkoholkrankheit zugrunde lag, ließ den Wunsch entstehen, neben der internistischen Behandlung eine effektive Therapie des Grundleidens durchzuführen. So wurde eine eigene Abteilung mit zunächst 41 und später 8o Betten eingerichtet. 1981 wurden 8o9 Patienten, davon 2o2 Frauen und 6o7 Männer behandelt. 198o waren es 86o Patienten (217 Frauen und 643 Männer). 91 Patienten (38 Frauen und 53 Männer) kamen 1981 aus der Bundesrepublik Deutschland oder aus dem Ausland. 212 Patienten mußten wegen Überbelegung abgewiesen oder weitergeleitet werden.

Die Kosten werden vorwiegend von Krankenkassen und zu einem kleinen Teil von Rentenversicherungsträgern getragen.

Es handelt sich um eine offene Abteilung. Auch Patienten können aufgenommen werden, die akut-lebensbedrohliche Krankheitsbilder, wie Delirium tremens, dekompensierte Leberzirrhose etc., aufweisen, da intensiv-medizinische Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

Aufgenommen werden nur freiwillige Patienten, Zwangseinweisungen finden nicht statt, Es werden folgende Kriterien für die Aufnahme von Patienten herangezogen (6o):

1. Vorliegen einer Alkoholkrankheit,
2. Vorliegen mindestens eines vergeblichen Behandlungsversuches,
3. Vorliegen von somatischen und/oder psychischen Folgeschäden, die klinischer Behandlung bedürfen,
4. Bereitschaft des Patienten, sich aktiv für seinen Gesundungsprozeß einzusetzen,

5. Bereitschaft des Patienten, sich nach seiner Entlassung einer intensiven ambulanten Gruppenbehandlung anzuschließen,
6. Fähigkeit des Patienten, an der psychotherapeutischen Behandlung teilnehmen zu können.

Alkoholkranke mit deutlichen hirnorganischen Störungen, chronischen Psychosen und ausgeprägten Persönlichkeitsveränderungen werden für die Behandlung in der Abteilung als ungeeignet angesehen (6o).

Durch Personalunion mit der Landesstelle gegen die Suchtgefahren Berlin ist es möglich, Behandlungsmotivation, Ausmaß von Folgeschäden und Notwendigkeit sowie Eignung für die klinische Behandlung bereits vor der eventuellen Aufnahme in die Abteilung zu untersuchen. Bei vielen Patienten wird zunächst ein ambulanter Behandlungsversuch angestrebt.

Die Alkoholkrankheit verlangt infolge ihrer multifaktoriellen Genese, ihres komplexen Krankheitsgeschehens und ihrer unterschiedlichen sozio-psychosomatischen Folgen eine vielseitige Diagnostik und Therapie durch ein multidisziplinäres Team.
Dieses besteht aus einem Chefarzt, einem Oberarzt, fünf Assistenzärzten, einem teilzeitbeschäftigten Psychiater, einer Diplompsychologin, zwei Sozialpädagogen, einem Sozialarbeiterpraktikanten, drei Oberschwestern, 25 Krankenschwestern und Krankenpflegern, mehreren Schwesternschülerinnen und Pflegeschülern sowie einer voll- und einer teilzeitbeschäftigten Sekretärin (6o).
Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und der größte Teil des Pflegepersonals beherrschen Techniken der Gruppenarbeit, nahezu das gesamte Pflegepersonal ist in der Lage,psycho-soziale Anamnesen aufzunehmen sowie Informations- und Diskussionsgruppen zu leiten.

Es finden sich außerdem spezialisierte Fachkräfte mit Ausbildungen in verschiedenen psychotherapeutischen Methoden, wie z.B. der Transaktionsanalyse, Gesprächspsychotherapie, Autogenem Training usw.. Unter den ständigen Mitarbeitern befinden sich auch einige trockene Alkoholiker.

2.2. Diagnostik

Die ersten Tage des Krankenhausaufenthaltes werden zur Überwindung des akuten Entziehungssyndroms sowie zur sozio-psycho-somatischen Diagnostik genutzt. Folgende ärztliche Untersuchungen werden routinemäßig durchgeführt:

Laboruntersuchungen: Blutbild, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Thrombozyten, Prothrombinwert, Bilirubin im Serum, SGOT, SGPT, Gamma-GT, Alkalische Phosphatase, Elektrophorese, Cholesterin, Triglyceride, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, Elektrolyte, Alpha-Amylase, Nüchtern-Blutzucker, Lues-Serologie, Harnstatus, Gallenfarbstoffe und Diastase im Harn.

Röntgenuntersuchungen: Thoraxaufnahme, Aufnahme des rechten Oberbauches, bei über 4ojährigen Röntgenuntersuchung des Magens.

EKG.

Leberblindpunktion.

Neben diesen Untersuchungen werden fakultativ verschiedene andere diagnostische Methoden in Abhängigkeit vom individuellen organischen Befund durchgeführt.

Ein teilzeitbeschäftigter Psychiater berät bei speziellen psychiatrisch-neurologischen Problemen.

Ein Psychologe führt routinemäßig FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) und IST (Intelligenzstrukturtest von R. Amthauer) sowie je nach Bedarf weitere Testverfahren durch. Motivation und Persönlichkeitesmerkmale werden mit Hilfe eines selbstentwickelten Fragebogens erfaßt.

Bei jedem Patienten wird in Einzelgesprächen und mit Hilfe eines dafür entwickelten Fragebogens eine Sozialanamnese erhoben, um im Rahmen der Gesamttherapie soziale Konflikte und milieutoxische Einflüsse abzubauen.

Etwa in der Mitte der Behandlungszeit wird durch eine Krankenschwester im Rahmen eines Zweiergespräches nochmals eine ausführliche psycho-soziale Anamnese erhoben.

Einmal in der Woche werden im Rahmen einer "Fallbesprechung" die diagnostischen Ergebnisse aller Disziplinen zusammengetragen, um neben der Basistherapie die für den einzelnen Patienten notwendige Zusatztherapie festzulegen. In wöchentlichen Verlaufsbesprechungen wird entsprechend der Entwicklung der Patienten das Therapieangebot variiert.

2.3. Therapie

Das therapeutische Konzept des Jüdischen Krankenhauses sieht eine sechswöchige intensive Therapie vor. Dabei sollen folgende Ziele erreicht werden:

1. Entzug,
2. körperliche Regeneration, d.h. Behandlung körperlicher Folgeschäden,
3. Ausschaltung bzw. Verminderung von Rückfallursachen,
4. Beginn der Gesundung der Gesamtpersönlichkeit.

Voraussetzung dafür ist ein adäquates therapeutisches Klima. Nicht nur Ärzte, Sozialpädagogen und Psychiater, sondern auch Krankenschwestern, Hilfs- und Küchenpersonal werden regelmäßig entsprechend den sozial-pädagogischen Grundsätzen nach HUNZIKER (49) geschult. Die Mitarbeiter werden immer wieder dazu aufgefordert, ihre eigene Motivation, ihre Belastbarkeit und ihre Verhaltensweise zu überprüfen.

2.3.1. Internistische Therapie

Eine internistische Therapie erfolgt entsprechend den jeweiligen körperlichen Folgeschäden der Patienten, Auch intensivmedizinische Betreuung ist, wie bereits erwähnt, möglich. Das akute Entziehungssyndrom wird nur sehr zurückhaltend mit Clomethiazol (=Distraneurin) behandelt. Dieses Medikament wird fast ausschließlich deliranten und halluzinierenden Patienten vorbehalten.

Bei den meisten Patienten gelingt die Überbrückung des akuten Entzugssyndroms unter psychischer Führung, reichlicher Flüssigkeitszufuhr und gegebenenfalls Vitaminpräparaten. Dadurch weicht der Patient nicht aus, sondern muß sich bewußt seiner Belastung stellen. Der Leidensdruck wird erhöht. Die Abhängigkeit vom Alkohol wird verdeutlicht und diese Erfahrung therapeutisch nutzbar gemacht. Die Überwindung des Entzugssyndroms ohne Medikation verschafft dem Patienten ein erstes wertvolles Erfolgserlebnis. Durch geschultes und erfahrenes Personal kann die Grenze zwischen noch ungefährlichen Entzugserscheinungen und lebensbedrohlichen Zuständen in der Regel erkannt werden.

In Ausnahmefällen wird eine orale Antabus-Behandlung oder eine Esperal-Implantation durchgeführt. Mit dieser medikamentösen Therapie erleiden die Patienten ausgeprägte Übelkeit, Erbrechen und Kreislaufinsuffizienz, wenn sie Alkohol zu sich nehmen. Damit soll die Hemmschwelle gegenüber Alkoholkonsum erhöht werden.

2.3.2. Psycho-therapeutische Maßnahmen

Ganz im Mittelpunkt steht die Gruppentherapie. Die Patienten werden in Gruppen zusammengefaßt, die über die gesamte Aufenthaltsdauer im Krankenhaus zusammenbleiben. In der Gruppe fühlt sich der sonst häufig isolierte Alkoholkranke vom Gleich-Kranken akzeptiert und schöpft Mut zum eigenen Beitrag. Etwa drei bis vier Stunden bringen die Patienten täglich in der Gruppe zu.

Zu Beginn der Behandlung nimmt der Patient an themenzentrierten Gruppen teil. Es geht um folgende Hauptthemen (6o):

- Chronischer Alkoholismus und seine Formen,
- somatische Schäden durch chronischen Alkoholismus,
- Aufbau der Persönlichkeit,
- Persönlichkeitsstrukturanalyse,
- Motivverschiebungen und Abwehrmechanismen,
- Heilverlauf,
- Regeln zum Trockenbleiben,
- Wege der Nachbehandlung.

Der Patient soll über Wesen, Formen und Folgen und Behandlungsmöglichkeiten seiner Krankheit aufgeklärt werden. Dabei lernt er unter anderem auch, seine Fieberkurve und seine Laborwerte selbst zu lesen und zu interpretieren. Bereits während dieser Stunden kommen auch gruppendynamische Übungen zur Anwendung. Es folgen Diskussionsstunden, die einen weiteren Spielraum zum Erfahrungsaustausch lassen, auch wenn sie sich auf einzelne Themen konzentrieren.

Etwa in der Mitte der stationären Behandlung werden die Patienten in die Techniken des Autogenen Trainings nach I.H. SCHULTZ eingeführt. Sie werden dazu aufgefordert, auch neben den Gruppenstunden zwei- bis dreimal täglich das Autogene Training zu üben. In der letzten Sitzung wird eine Vorsatzformel erarbeitet, die meistens lautet: "Ich trinke keinen Alkohol, zu keiner Zeit, an keinem Ort, bei keiner Gelegenheit."

Nach Beginn des Autogenen Trainings werden die Patienten zusätzlich in die Gruppenhypnose nach LANGEN, THOMAS und SCHULTZ eingeführt. Dazu werden in einem ruhigen Raum des Hauses Matratzen ausgelegt. Jede Gruppe hat sieben bis neun Hypnosesitzungen.

Autogenes Training und Hypnose sollen der Entspannung und Ruhigstellung,der Steigerung der Selbstkontrolle, dem Abbau von assoziativen Vorgängen, der Verminderung der Trinkbedürfnisse und der Annahme der notwendigen Totalabstinenz dienen (96).

Sechsmal wöchentlich treffen sich die Patienten ohne Therapeuten für etwa eine Stunde, um wichtige Erlebnisse und Erkenntnisse des Tages zu besprechen und in einem Gruppentagebuch festzuhalten, das einmal wöchentlich mit einem Therapeuten durchgesprochen wird.

In personenzentrierten Gruppen, z.B. mit Hilfe der Transaktionsanalyse nach BERNE, können die Patienten Persönlichkeitsdefizite und Konflikte aufarbeiten, Neuentscheidungen treffen und neue Verhaltensweisen üben. Zahlreiche Sitzungen werden mit Hilfe von Videogeräten aufgenommen, so daß die Patienten die Möglichkeit haben, Verhaltensweisen besser zu erkennen.

Ebenfalls einmal wöchentlich haben die Patienten die Möglichkeit, die ersten fünf Schritte des AA-Programms durchzuarbeiten.
Es werden regelmäßig Filme, wie "Es fing ganz harmlos an" und "Rückfälle" vorgeführt und anschließend mit den Patienten besprochen.

Jeden Samstagabend besteht die Möglichkeit, sich mit ehemaligen Patienten des Jüdischen Krankenhauses auszutauschen.

Einmal wöchentlich führen Alkoholiker-Selbsthilfeverbände, wie die Anonymen Alkoholiker, die Guttempler, der Kreuzbund und das Blaue Kreuz Informationsabende durch, um bereits im Krankenhaus die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme zu geben und für eine ambulante Weiterbehandlung zu motivieren.

Zweimal wöchentlich besteht die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Sie werden durch Mitarbeiter des Hauses beraten. Dabei werden drei Schwerpunkte gesetzt (6o):

1. Information über Wesen und Verlauf der Alkoholkrankheit,
2. Einübung therapieunterstützender Verhaltensweisen,
3. Änderung des Fehlverhaltens der Angehörigen gegenüber den alkoholkranken Patienten.

Neben der Gruppentherapie für die Patienten werden Einzelgespräche mit dem Diplompsychologen, mit dem Sozialpädagogen und dem Pflegepersonal durchgeführt.

In Einzelfällen kommen auch die Gestalttherapie (nach F.S. PERLS), die Einzelhypnose (nach I.H. SCHULTZ) und die Gesprächspsychotherapie (nach C.R.ROGERS) zur Anwendung.

2.3.3. Sozialtherapie

Die Sozialtherapie zielt auf die Wiedereingliederung des Patienten in geordnete Verhältnisse und in den Arbeitsprozeß. Außerdem intendiert sie die Vermeidung milieutoxischer Einflüsse.

Insgesamt soll die Therapie im Jüdischen Krankenhaus den Patienten zur totalen Abstinenz gegenüber Alkohol befähigen sowie einer ambulanten Weiterbehandlung der Alkoholkrankheit zuführen.

3. FRAGESTELLUNG

In den letzten Jahren erschienen viele Arbeiten zum Thema "Frauenalkoholismus". Vorher wurde dieses Thema nur selten behandelt. Nur wenige Arbeiten beschäftigen sich mit dem Trinkverhalten von Frauen, und wenn das der Fall war, so wurde es häufig lediglich am Rande angesprochen. Diese Arbeit soll einen ausführlichen Überblick über das Trinkverhalten alkoholkranker Frauen im Vergleich zu alkoholkranken Männern während des Verlaufs der Alkoholkrankheit geben. Als Grundlage des zeitlichen Ablaufs wurde die Phaseneinteilung nach JELLINEK zugrundegelegt. Es ergeben sich verschiedene Gesichtspunkte:

1. Trinken Frauen andere Mengen Alkohol als Männer?
2. Nehmen Frauen andere Alkoholika zu sich?
3. Gibt es geschlechtsspezifisch bevorzugte Bier-, Wein- oder Spirituosensorten?
4. Gibt es während unterschiedlicher Stadien der Alkoholkrankheit verschiedene bevorzugte Getränke?
5. Trinken Frauen zu anderen Anlässen als Männer?
6. Trinken Frauen häufiger heimlich?
7. Haben Frauen und Männer unterschiedliche Symptome der Alkoholkrankheit?
8. Bestehen Differenzen in der Dauer von Alkoholkonsum und Alkoholkrankheit?
9. Existiert eine unterschiedliche Korrelation zu Selbstmordgedanken und -versuchen?
10. Konsumieren alkoholkranke Frauen im Gegensatz zu alkoholkranken Männern andere Substanzen mit Suchtpotenz?

4. METHODIK

4o6 Patienten, 115 Frauen und 291 Männer der II. Inneren Abteilung (Psycho-somatische Abteilung) des Jüdischen Krankenhauses wurden in der Zeit vom 14.8.198o bis zum 26.3.1981 untersucht.

Die Klientel der Psycho-somatischen Abteilung des Jüdischen Krankenhauses stellt insofern eine Selektion dar, als Zwangseinweisungen und hirnorganisch depravierte Patienten nicht berücksichtigt werden. Nahezu alle Patienten - zumindest die aus Berlin kommenden - führen vor ihrer Einweisung mit dem Chefarzt oder dem Oberarzt Einzelgespräche. Alkoholkranke mit leichteren Symptomen werden zunächst einer ambulanten Behandlung zugewiesen und erst nach vergeblichem ambulanten Behandlungsversuch aufgenommen. Alkoholiker mit mangelnder Eigenmotivation durchlaufen zunächst einen ambulanten Motivationsprozeß. Patienten mit schweren hirnorganischen Störungen werden in psychiatrische Kliniken oder eine entsprechende Langzeitbehandlung weitergeleitet; Alkoholkranke mit körperlichen Folgeschäden - auch in lebensbedrohlichem Ausmaß - werden aufgenommen.

Außerdem mußten 264 Alkoholkranke im Jahre 198o und 212 im Jahre 1981, die eine Behandlung im Jüdischen Krankenhaus anstrebten, wegen Bettenmangel weitergeleitet werden.

Der größte Teil der Patienten kam aus Berlin, dennoch erfolgten 89 Aufnahmen (1o,4% von 86o) im Jahre 198o und 91 Aufnahmen (11,2% von 8o9 Patienten) im Jahre 1981 aus der Bundesrepublik oder aus dem Ausland (59,6o). Die Behandlungsdauer ist variabel und berücksichtigt das Angebot eines Therapiekonzeptes von etwa 6 Wochen. Einige Patienten benötigen wegen organischer Folgeschäden eine längere stationäre Behandlung. Wiederholer bleiben unter Einbeziehung in ein intensives Nachsorgeprogramm meist nur 3 Wochen. Nur wenige Patienten verlassen als Therapieversager oder aus disziplinarischen Gründen vorzeitig die Klinik.
Insgesamt ergab sich 198o eine mittlere Liegezeit von 36,77 und 1981 von 37,o2 Tagen (59,6o).

Verteilung der Fragebögen und anschließendes Interview fanden grundsätzlich erst nach dreiwöchigem Krankenhausaufenthalt statt. Dadurch entstand eine weitere Selektion. Einige Patienten hatten bereits aus oben genannten Gründen das Krankenhaus verlassen und kamen somit nicht in die Untersuchung.

Andererseits ist eine dreiwöchige Frist vom Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme notwendig. Viele Alkoholkranke konstruieren sich bedingt durch Angst vor Diskriminierung und Verlust des Realitätsbezugs Erklärungssysteme für ihr Verhalten und aktivieren Abwehrmechanismen. Diese bestehen oft trotz zunehmenden Leidensdruckes auch noch zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und werden durch das therapeutische Klima, durch Identifikation der Patienten mit ihrem Krankheitsbild und durch die Tatsache, daß die Patienten lernen, daß sie sich in einem Krankheitsprozeß befinden und für ihre Gesundung Verantwortung zu übernehmen haben, abgebaut.

Das wird ihnen ermöglicht, indem sie in zahlreichen Informations- und Diskussionsgruppen über den Ablauf der Alkoholkrankheit unterrichtet werden. Alle untersuchten Patienten hatten bereits einen schriftlichen Bericht über die Entwicklung ihres eigenen Krankheitsprozesses abgegeben.

Es wurde versucht, alle Patienten, die sich nach drei bis fünf Wochen noch in stationärer Behandlung befanden, zu befragen. Dabei erhielt jeweils alle 14 Tage jeder Patient, der in weniger als drei Wochen seinen voraussichtlichen Entlassungstermin hatte und noch keinen Fragebogen erhalten hatte, durch die Krankenschwestern der jeweiligen Station einen Fragebogen ausgehändigt.

Acht Patienten weigerten sich, ihn auszufüllen. Zwei Patienten sagten, ihre intellektuellen Fähigkeiten würden zum Ausfüllen nicht ausreichen; bei beiden war ein Korsakow-Syndrom diagnostiziert worden.

Ein jugoslawischer Patient gab an, daß er die deutsche Sprache nicht lesen könne; Hilfe anderer beim Ausfüllen des Fragebogens lehnte er ab. Ein Patient sagte beim Zurückgeben des leeren Fragebogens, das Ausfüllen belaste ihn psychisch zu sehr; zwei "haßten es, Fragebögen auszufüllen",

ein Patient "fand es albern" und einer machte keine Angaben.

Insgesamt bestand somit ein Rücklauf von 98,1%. Dieser für eine Fragebogenaktion hohe Rücklauf ist durch folgende Faktoren bedingt:

1. Der Therapie- und Tagesablauf im Jüdischen Krankenhaus ist sehr diszipliniert.
2. Dank der Unterstützung durch Chefarzt und leitende Oberschwester gehörte der Fragebogen während des Zeitabschnittes der Untersuchungen für diese Dissertation zum festen Diagnostik- und Therapieprogramm für die Patienten.
3. Die Patienten wurden persönlich durch die Krankenschwestern, die den Fragebogen austeilten, aufgefordert, ihn auszufüllen.
4. Jeder Fragebogen wurde noch einmal mit dem Untersucher im Rahmen eines Interviews durchgesprochen (siehe unten). Hatten Patienten den Fragebogen noch nicht ausgefüllt, so wurden sie ein zweites Mal zum Ausfüllen ermuntert. Viele Patienten füllten daraufhin den Frggebogen aus, während Mitpatienten interviewt wurden. Konnte das Interview nicht gleich stattfinden, wurde es auf den nächsten Tag verschoben.
5. Lehnten die Patienten ab, so wurden sie um Stellungnahme gebeten.
6. Durch Mitpatienten wurden manche Befragten zum Beantworten des Fragebogens animiert.

Jeder Patient hatte zwei Tage Zeit zum Ausfüllen. Mit der Rückgabe des Fragebogens war ein durchschnittlich sechs Minuten dauerndes Interview verbunden.

Der 16-seitige Fragebogen (siehe Anhang) enthält 85 Fragen. Die Fragen nach der Trinkmenge in einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit nehmen den Hauptteil des Fragebogens ein. Dabei wird eine abgewandelte Form des "Quantity-Frequency-Index" (QF) angewandt, der von STRAUS und BACON (1o9) eingeführt wurde. Dabei wird die Trinkfrequenz, die Trinkmenge sowie das Getränk erfragt, womit die Menge des konsumierten reinen Alkohols errechnet werden kann. Derklassische QF-Index erfragt die Trinkmenge pro Trinkereignis, während wir den Patienten die Trinkmenge auf den Tag beziehen ließen. Um der Variabilität des intraindividuellen Trinkens Genüge zu tun, wurden neben dem QF-Index andere Verfahren zur Feststellung der Trinkmenge entwickelt, wie der "Quantity-frequency-variability-Index" (Q-F-V) und der "Volume-variability-Index" (V-V), die neben Trinkhäufigkeit, Trinkmenge und Getränk auch eine maximale Trinkmenge im Vergleich

mehrerer Trinkereignisse mit einbeziehen (71) sowie der KHAVARI-Alkohol-Test (67) und der "Absolute Alcohol-Quantity-Pattern-Index" (A-A-Q-P) (71), die neben den genannten Merkmalen auch die Frequenz des Auftretens der maximalen Trinkmenge untersuchen.

Auf die hier zuletzt genannten Methoden wurde verzichtet, da von vornherein vorgesehen war, das Ausfüllen des Fragebogens mit einem Interview zu kombinieren, in dem u.a. Probleme mit einbezogen werden konnten, die aus der Variabilität der Trinkmenge an einzelnen Tagen resultierten.

Neben den genannten Indizes zur Bestimmung der Trinkmenge wurden auch Selbst-Bewertungs-Maßeinheiten entwickelt (36), die für das Ziel unserer Untersuchung jedoch nicht exakt genug erschienen. Zur Umrechnung der Patientenangaben in täglich konsumierte Alkoholmengen in Gramm wurden die in Tab. A (siehe Anhang) genannten Alkoholkonzentrationen zugrunde gelegt.

Neben der Trinkmenge fragten wir nach Anlässen, zu denen getrunken wurde, nach Trinkpausen, vorangegangenen Therapien, Symptomen der Alkoholkrankheit und Koinzidenz mit anderen Drogen. Ebenfalls wurden Angaben über Beginn und Dauer der Alkoholkrankheit sowie allgemeine Angaben zur Person erfragt.

Während des nachfolgenden Interviews wurde mit dem Patienten der Fragebogen noch einmal durchgesehen. Unklarheiten und beim Durchlesen zusätzlich auftretende Fragen konnten häufig gelöst werden. Manche unkorrekte Antwort wurde durch das Interview zu einer verwertbaren Information. Das Interview deckte andererseits einige Schwächen des Fragebogens auf, die durch gezielte Fragen während der Gespräche mit den Patienten aber bereits im Verlauf der ersten Wochen ausgeglichen und korrigiert werden konnten:

1. Die erste Seite gibt Beispiele. Manche Patienten waren dadurch verwirrt und kreuzten die Beispiele für ihr Krankheitsbild entsprechend an.
2. Die Patienten wurden gebeten, eine tägliche Trinkmenge anzugeben.Fand kein täglicher Konsum statt, so rechneten etwa 5o% der Patienten - wie ursprünglich gedacht - die Trinkmenge auf eine durchschnittliche Tagesmenge um. Beispiel: Trinkfrequenz für Bier drei- bis viermal wöchentlich. An den Tagen, an denen der Patient Bier trank, konsumierte er durchschnittlich 1 Liter. Die durchschnittliche Tagesmenge betrug also

o,5 Liter. Die anderen Patienten gaben die Alkoholmenge an, die jeweils an den Trinktagen konsumiert wurde. Bereits beim ersten Durchgang - leider nicht im Vorlauf, in dem 1o Patienten befragt wurden - wurde dieses Problem offenkundig, so daß die Patienten gezielt gefragt wurden, in welcher Art sie die Tagesmenge angegeben hatten. Die Anwort wurde auf dem Fragebogen mit einem Zeichen vermerkt, so daß die richtige Menge Alkohol bei der Auswertung berücksichtigt werden konnte.

3. Manche Patienten überlasen den Terminus "vor dem Erleichterungstrinken" bei den Fragen zum Trinkverhalten vor Krankheitsbeginn und machten dort Angaben über die Zeit vor ihrer Krankenhausaufnahme, so daß wesentlich höhere Trinkmengen genannt wurden. Während des Interviews stellte sich beim Durchgehen der Fragen dieser Fehler leicht heraus, so daß er korrigiert werden konnte.

4. Die Mengenangabe für Spirituosen bereitete manchen Patienten Schwierigkeiten. Es wurde unter anderem vorgegeben:
Kleine Flasche (o,7 l)
Große Flasche(1 l)
Käuflich zu erwerben sind Spirituosenflaschen jedoch häufig mit den Mengen o,5 Liter und o,7 Liter. 1-Liter-Spirituosenflaschen werden vornehmlich für den Ausschank bereitgestellt. Patienten, die die Mengenangaben nicht berücksichtigten, nannten sonst eine etwa um 4o% zu große Alkoholmenge. Dieses Problem wurde festgestellt,nachdem etwa die Hälfte der Patienten befragt worden war. Die meisten Patienten richteten sich nach den Liter-Angaben und nicht nach den "Gläser-Flaschen"-Angaben, nur ein Teil der Patienten hatte - meist in den beiden letzten Phasen ihrer Alkoholkrankheit - entsprechend hohe Spirituosenmengen. Dennoch sind hier einige Patienten, deren Spirituosenkonsum zu hoch angesetzt wurde. Die durchschnittlich konsumierten Spirituosenmengen dürften somit besonders während der Prodromal/-kritischen Phase und während der chronischen Phase geringfügig niedriger liegen.

5. Ein Druckfehler auf Seite 12 des Fragebogens (Frage 15.3: vorgegebene Biermenge o,3-o,6 Liter statt o,3-o,5 Liter) bereitete den Patienten keine Schwierigkeiten. Die meisten überlasen diesen Fehler, da sie ähnliche Fragen bereits dreimal beantwortet hatten.

6. Die vorgegebenenTrinkmengenfür Bier überschnitten sich dennoch teilweise. Trank ein Patient 1 Liter Bier pro Tag, so konnte er o,5-1 l oder 1-2 l ankreuzen. Die Patienten kreuzten dann entweder beide Möglichkeiten an oder strichen einen Teil der vorgesehenen Antwort (z.B. "2 l").

7. Frage 26 ("Nahmen Sie regelmäßig stimmungsverändernde Medikamente?") wurde am Anfang zu häufig negiert. Sie sollte eine Koinzidenz im Sinne einer Polytoxikomanie erfragen. Tranquillizer wurden von manchen Patienten nicht als "stimmungsverändernd" angesehen, so daß der Anteil der gleichzeitig Tabletten- und Drogenabhängigen etwas höher liegt als in dieser Untersuchung angegeben.

Ein Vorlauf, an dem 1o Patienten (6 Frauen und 4 Männer) beteiligt waren, zeigte keine wesentlichen Unterschiede zur eigentlichen Untersuchung, so daß die Ergebnisse in die Gesamtauswertung integriert werden konnten.

5. ERGEBNISSE UND DISKUSSION

5.1. Sozialdaten

5.1.1. Lebensalter (Frage 1 des Fragebogens)

Das Durchschnittsalter der Frauen und der Männer war mit 4o,3 Jahren gleich. Die Altersverteilung zeigt Abb. 3:

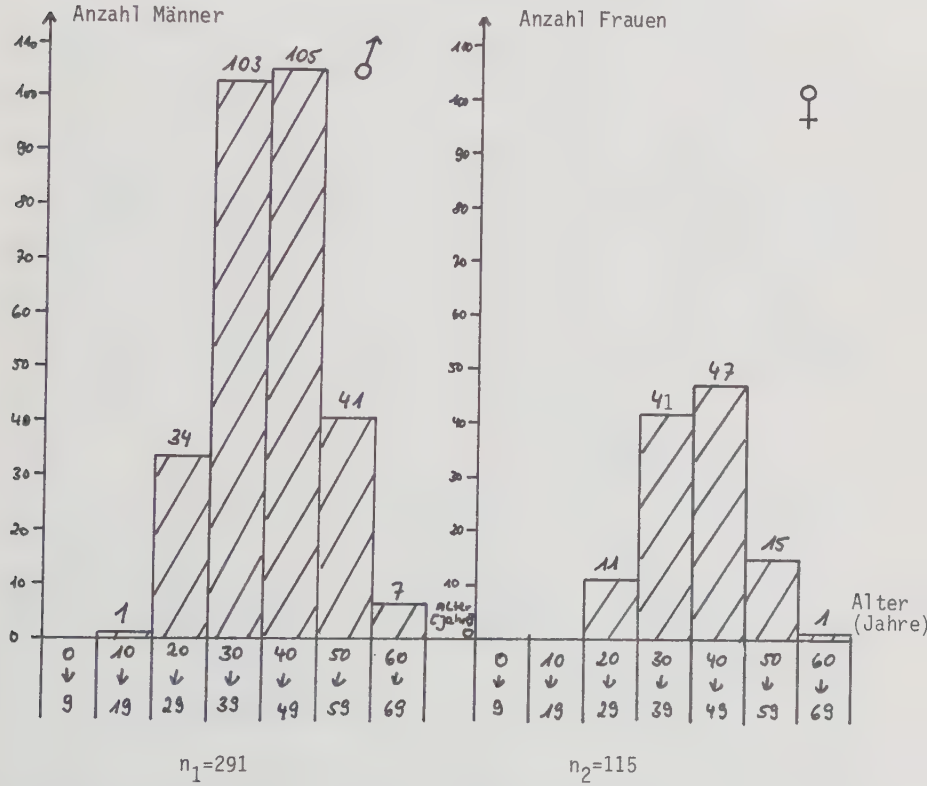


Abb. 3: Altersverteilung der untersuchten Patienten

Die Altersverteilung ist bei Männern und Frauen ähnlich, wobei allerdings sieben Männer (= 2,4%) und nur eine Frau 6o Jahre oder älter sind. Der jüngste Patient war 18 Jahre alt, die jüngste Patientin 21 Jahre. Es zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine deutliche Häufung in der Altersgruppe zwischen 3o und 5o Jahren.

5.1.2. Familienstand (Frage 3)

Einen Überblick über den Familienstand der untersuchten Patienten gibt Abb. 4, eine genauere Aufschlüsselung zeigt Tab. B im Anhang.

Etwa die Hälfte aller Frauen und Männer sind verheiratet, 75,8% dieser Männer und 79,3% dieser Frauen leben mit ihren Ehepartnern zusammen, die anderen getrennt von ihnen, sei es allein oder mit einem anderen Lebenspartner.

Etwa 2o% der Patienten sind geschieden, jeweils ein kleiner Teil davon hat einen neuen Lebenspartner gefunden und lebt mit diesem zusammen.

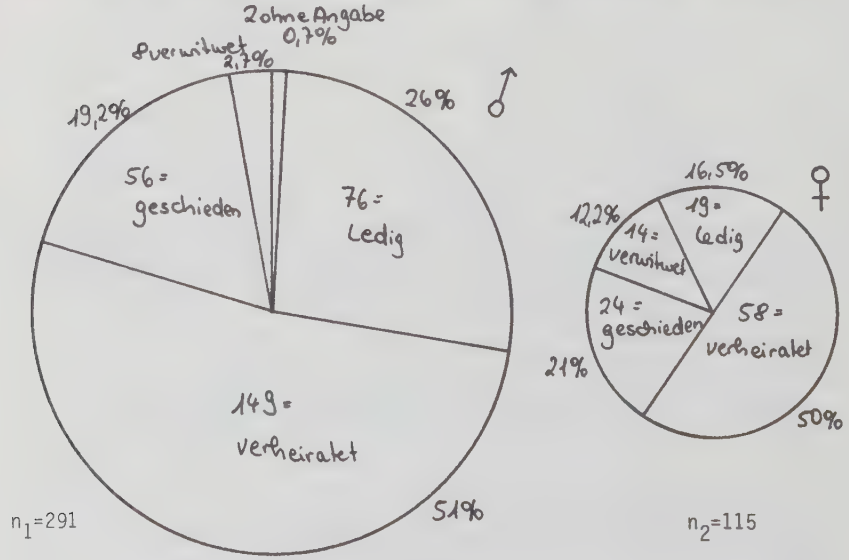


Abb. 4: Familienstand der untersuchten Patienten

Unterschiedlich ist der Anteil der ledigen Männer und Frauen. 26,1% der Männer, aber nur 16,5% der Frauen sind ledig, etwa ein Zehntel der Ledigen hat einen Lebenspartner. Für diesen Unterschied gibt es mehrere Erklärungen:

1. Das durchschnittliche Heiratsalter der männlichen Bevölkerung liegt höher als das der weiblichen. Bei gleichem Durchschnittsalter der untersuchten Patienten ergibt sich somit eine höhere Wahrscheinlichkeit, unverheiratete Männer zu finden.

2. Von einem Mann wird eher eine Führungsrolle erwartet als von einer Frau. Alkoholkranke Männer werden dieser Rolle oft nicht gerecht und erleiden Nachteile in ihrer Partnerwahl.

3. Frauen können ihr Trinken oft besser verbergen, sie trinken häufiger allein. Ihre Abhängigkeit fällt weniger und später auf.

Insgesamt heirateten die Alkoholkranken seltener als die Normalbevölkerung. 78,3% der Frauen in der Bundesrepublik haben bis zum 25. Lebensjahr,94,3% bis zum 3o. Lebensjahr geheiratet (44). Der Anteil der verheirateten und geschiedenen Frauen und Männer ist in unserer Untersuchung ähnlich.Dabei ist der Anteil der verheirateten Männer, die einen anderen Lebens- als ihren Ehepartner haben, mit 12 (entspricht 4,1% aller Männer) höher als der der Frauen mit anderem Lebenspartner (2 entspricht 1,7%).

Auffällig ist der unterschiedliche Anteil von Verwitweten. Nur acht Männer (2,7%) aber 14 Frauen (12,2%) waren verwitwet. Ein großer Teil dieser Frauen gab im Fragebogen oder im Interview an, der Tod des Mannes sei für sie der Einstieg in die Alkoholkrankheit gewesen. Häufig hatten diese Patientinnen eine relativ kurze Anamnese von ein bis zwei Jahren. Dieses Ergebnis läßt vermuten, daß Frauen eher aus einer Problemsituation heraus mit dem Trinken beginnen. Mangel an Geborgenheit, Verlassensein und Einsamkeit scheinen eher eine Disposition für den Frauenalkoholismus zu sein.

GOMBERG formuliert zwei Typen von weiblichen Alkoholikern: den "essentiellen Typ" mit relativ langer Karriere und den "reaktiven Typ",der mit einem psychischen Trauma sein krankhaftes Trinken beginnt und einen kürzeren Verlauf zeigt (43).

Auch bei unserer Untersuchung fand sich eine Anzahl von Patientinnen mit kurzer Anamnese, die angaben, der schlagartige Beginn ihres devianten Trinkverhaltens treffe zeitlich mit einem psychisch eingreifenden Ereignis - häufig mit dem Tod einer Bezugsperson - zusammen.

5.1.3. Höchster Schulabschluß (Frage 6)

Eine Übersicht gibt Abb. 5

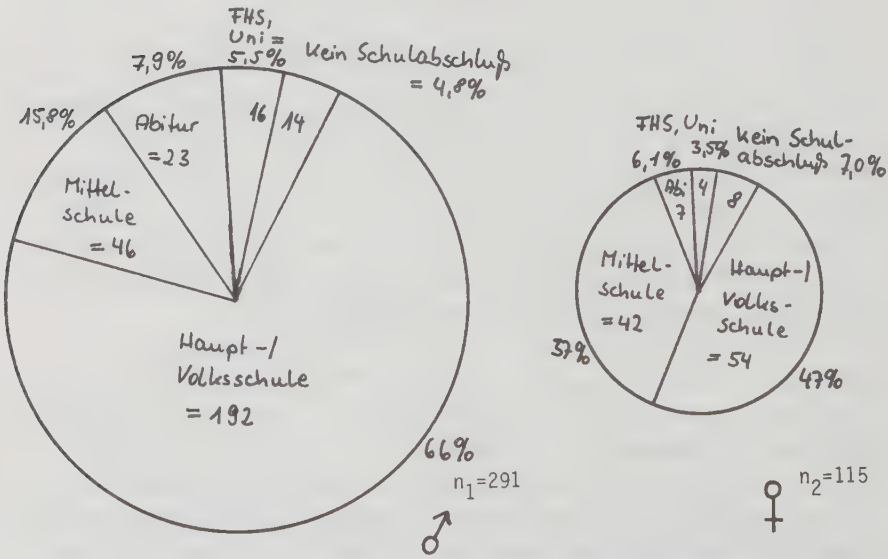


Abb. 5: Höchster Schulabschluß der untersuchten Männer und Frauen

Fast zwei Drittel der Männer gaben den Hauptschulabschluß an, deutlich mehr als die Frauen, die häufiger einen Mittelschulabschluß aufwiesen als die Männer.

Etwas mehr Männer als Frauen hatten ein Abitur, einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluß.

Die Tatsache, daß wesentlich mehr Männer einen Hauptschulabschluß und deutlich mehr Frauen einen Mittelschulabschluß aufwiesen, läßt folgende Schlüsse zu:

1. Die soziale Struktur der beiden untersuchten Gruppen ist verschieden; unterschiedliches Trinkverhalten muß nicht nur geschlechtsbedingt, sondern kann auch durch verschiedenes soziales Verhalten bedingt sein.

2. Geschlechtsabhängig scheint eine Affinität unterschiedlicher sozialer Gruppen zur Alkoholkrankheit zu bestehen. Diese mag auf unterschiedliches soziales Verhalten zurückzuführen sein. Auf der einen Seite findet man die womöglich einsame Hausfrau der Mittelschicht, die zur Flasche greift oder die Witwe, die durch Leid und Erleichterungstrinken in fortgeschrittene Phasen des Alkoholismus gerät, auf der anderen Seite den Arbeiter, der im Freundeskreis oder im Berufsleben mit Alkohol konfrontiert wird. Die eben genannten Verhaltensmuster finden sich selbstverständlich nicht bei jedem Patienten. Dennoch stellen sie häufig zu findendes Trinkverhalten dar.

5.1.4. Beruf und soziale Schichtung (Frage 4 und 5)

146 (=5o,2%) der Männer und 53 (46,1%) der Frauen gaben an, berufstätig zu sein. 9 Männer waren entweder Schüler, Studenten, in Umschulung begriffen oder berentet, 9 Männer machten keine Angaben. 3 Frauen waren berentet (siehe Tabelle B im Anhang).

Das bedeutet, daß 43,6% der Männer arbeitslos waren. Der Prozentsatz der nichtberufstätigen Frauen liegt bei 51,3%. 7 Frauen gaben an, Hausfrau zu sein. Es ist zu vermuten, daß ein weiterer Teil der Frauen durch ihre Männer versorgt wurde. Nimmt man die 57 unverheirateten Frauen, so zeigt sich dennoch, daß 24 nicht berufstätig waren, 2 dieser Frauen waren berentet. So ergibt sich auch bei den unverheirateten Frauen eine Arbeitslosenquote von 38,6%. Dabei muß man selbstverständlich bedenken, daß auch manche nicht-verheiratete Frau finanziell ausreichend versorgt ist, sei es durch Witwenrente oder durch einen verdienenden Lebenspartner. Exakte Vergleiche bezüglich der Höhe der Arbeitslosigkeit bei Männern und Frauen können deshalb nicht angestellt werden.

Dennoch ist die Höhe der Arbeitslosigkeit bei alkoholkranken Frauen und Männern bemerkenswert, insbesondere wenn man berücksichtigt, daß zum Zeitpunkt der Untersuchung 1980/81 die Arbeitslosenquote in der Bundesrepublik Deutschland noch deutlich geringer war als zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Dissertation.
Somit liegt die Vermutung nahe, daß die Arbeitslosenquote Alkoholkranker heute noch höher liegt.

Im Laufe der Krankheitsentwicklung läßt die Arbeitsleistung des Alkoholkranken nach, er wird zunehmend unzuverlässig. Fehlzeiten häufen sich, es kommt zu Konflikten am Arbeitsplatz, die häufig zur Entlassung oder zur Aufgabe des Arbeitsplatzes durch den Patienten selbst führt.

Die Patienten gaben eine Anzahl von Berufen an. Männer nannten am häufigsten Handwerker (57mal), Arbeiter (39mal), Beamter (12mal) und Kraftfahrer (12mal) als ihren Beruf.

Auffällig ist, daß nur 11 Patienten Bauarbeiter und 1 Patient Brauer angaben, zwei Berufe, die im allgemeinen als Berufe mit erhöhter Koinzidenz mit Alkoholismus angesehen werden.

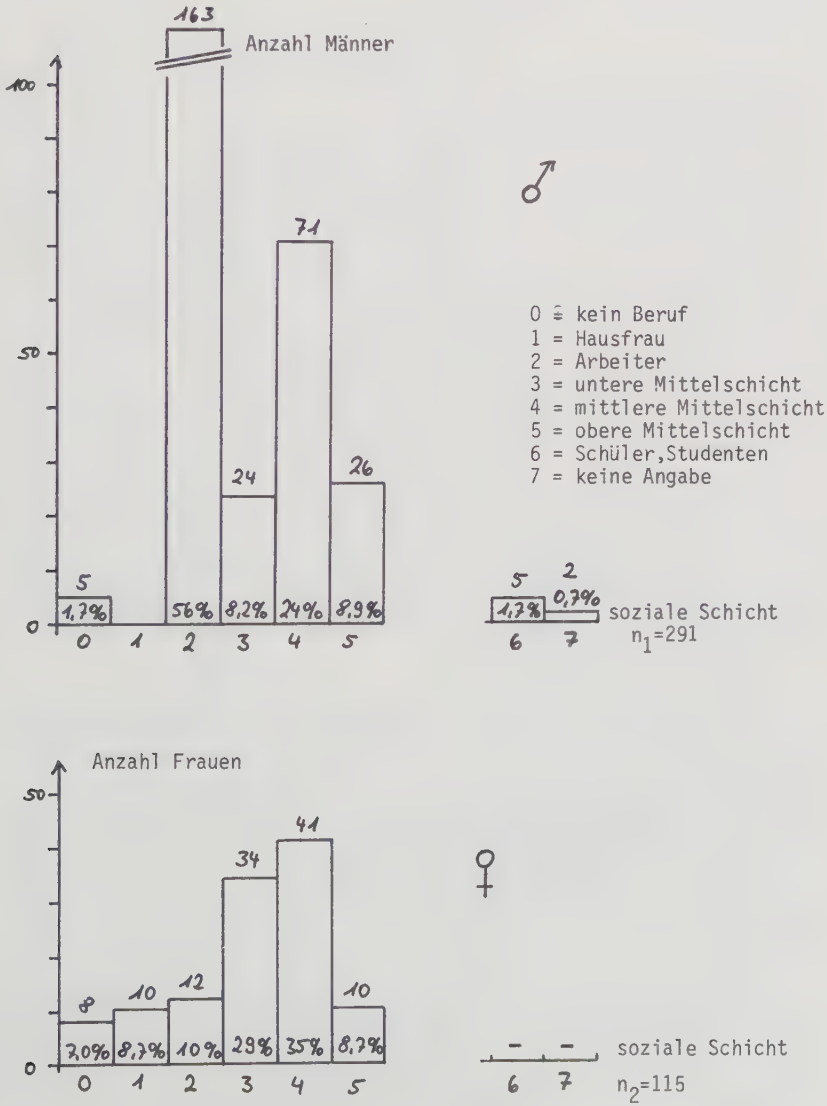
17 Frauen gaben an, Verkäuferin zu sein, 8 Verwaltungsangestellte und jeweils 7 Sekretärin oder Arbeiterin.

Um die Verteilung der Patienten übersichtlicher zu gestalten, teilten wir sie folgendermaßen in verschiedene Schichten ein:

0. keinen Beruf
1. (bei Frauen) Hausfrau
2. Arbeiter
3. untere Mittelschicht (Beamte im niederen Dienst, einfache Angestellte)
4. Mittelschicht (Beamte im mittleren Dient, mittlere Angestellte, kleine Selbständige)
5. Obere Mittelschicht (Akademiker, Beamte im höheren Dienst, leitende Angestellte, Selbständige)
6. Schüler und Studenten
7. keine Angabe

Es ergab sich dabei folgende Verteilung:

Abb. 6: Soziale Schichten der untersuchten Männer und Frauen (ausgehend vom Beruf des Patienten)



Die untersuchte Frauengruppe zeigt eine deutlich andere Sozialstruktur als die Männergruppe.

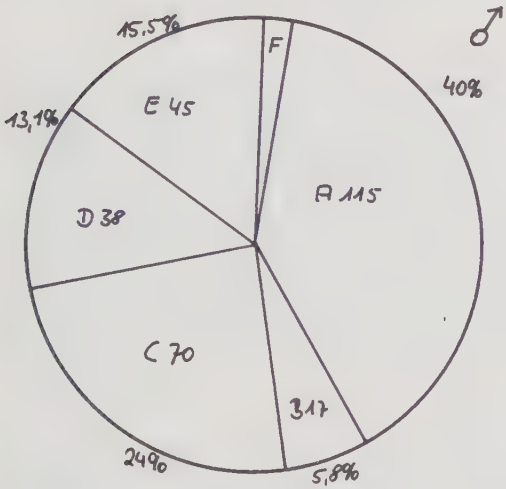
Während über die Hälfte der Männer Arbeiter waren, gehörte nur ein kleiner Teil der Frauen zu dieser Schicht.

Weit über die Hälfte der Frauen gehörte dagegen der Mittelschicht und der unteren Mittelschicht an.
Dieses Ergebnis läßt vermuten, daß Männer und Frauen unterschiedlicher sozialer Schichten für die Alkoholkrankheit anfällig sind. Andererseits behauptet FEUERLEIN (31), daß Frauen zwar im familiären Bereich stärker beeinträchtigt sind, der sozio-ökonomische Bereich jedoch weniger tangiert wird. Dies ist verständlich, da Frauen ihr Trinken häufiger verbergen können, und der Alkoholkonsum weniger in Gesellschaft und eher daheim geschieht. Somit verlaufe der soziale Abstieg der Frau langsamer als der des Mannes. Gegen diese Auffassung spricht die Tatsache, daß die von uns untersuchten Frauen bereits von ihrer Schulbildung her unterschiedliche Voraussetzungen mitbrachten(siehe Seite 34); ein höherer Teil hatte Mittelschulabschlüsse, ein geringerer Hauptschulabschlüsse im Vergleich zu den Männern. Viele Arbeiter erfahren im Berufs- und Freundesmilieu eine alkoholkonsumfördernde Atmosphäre. Im Gegensatz dazu steht die Frau der Mittelschicht, die - sei es als Ehefrau eines ausreichend verdienenden Mannes oder als Nicht-Verheiratete - eher in häuslicher Atmosphäre zur Flasche greift.

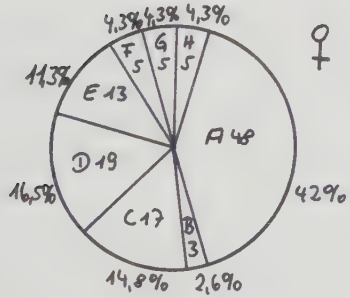
Vergleicht man den erlernten Beruf mit dem zuletzt ausgeübten (siehe Abb. 7 und Tab. D im Anhang), so zeigt sich, daß etwa 4o% der Frauen und der Männer ihren erlernten Beruf auch zuletzt ausgeführt haben. Bei den Patienten mit Berufswechsel erlebten etwas mehr Frauen als Männer einen sozialen Abstieg, während mehr Männer einen sozialen Aufstieg erlebten als Frauen. Insgesamt fand häufiger ein sozialer Abstieg als Aufstieg statt.

Die Tatsache, daß mehr Frauen von einem sozialen Abstieg bezüglich ihres eigenen Berufes betroffen sind, widerspräche FEUERLEINS Auffassung (siehe oben). Es ist aber zu berücksichtigen, daß manche Frauen trotz eines anderen Berufes von einem eventuell sozial aufsteigenden Ehemann profitieren.

Manche Frauen geben auch ihren Beruf auf,um ihre Kinder besser versorgen zu können und beginnen später in einem sozial niedriger bewerteten Beruf.



n_1=291



n_2=115

A kein Berufswechsel
B Wechsel in eine höhere soziale Schicht
C Berufswechsel, aber kein Schichtwechsel
D Wechsel in eine niedrigere soziale Schicht
E Beruf ohne Ausbildung
F weder erlernten noch ausgeführten Beruf angegeben
G kein erlernter Beruf - jetzt Hausfrau
H erlernter Beruf - jetzt Hausfrau

Abb. 7: Berufsausbildung und jetziger Beruf der untersuchten Patienten

5.1.5. Alkoholkranke Familienangehörige (Frage 7)

23% der Männer und 28% der Frauen gaben an, alkoholkranke Familienangehörige zu haben. Eine genauere Aufschlüsselung findet sich in Tab. E im Anhang.

Bereits verschiedene andere Autoren (13,88,99,1o2,117,12o) fanden mehr alkoholkranke Familienangehörige bei Alkoholikerinnen. Ein stärker ausgeprägter psychotraumatischer Faktor bei der Genese des Frauenalkoholismus im Vergleich zum Alkoholismus der Männer läßt sich daraus schließen. Es wird ebenfalls in der Literatur berichtet, daß mehr Alkoholikerinnen psychiatrisch kranke Eltern haben (12o). Ihre Eltern sind häufiger geschieden (1). Alkoholikerinnen sind häufiger in der Kindheit verwaist (1,22,88,1o4,117). Eine Arbeit berichtet über allgemein gesteigerte psychische Traumatisierung in der Kindheit von weiblichen Alkoholabhängigen (7).

Andererseits wurde über eine vermutete genetische Disposition der Alkoholkrankheit berichtet (7o,111,126).

Am häufigsten war der Vater unserer Patienten und besonders der Patientinnen alkoholkrank (siehe Tab. E).Der Vater hat in vielen Fällen eine Vorbildfunktion, auch wenn dieses Vorbild negativ ist. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß die Kindheit der untersuchten Patienten durchschnittlich 3o-4o Jahre zurückliegt, das ist eine Zeit, in der schätzungsweise nur 1o% aller Alkoholkranken Frauen waren (112), während man heute davon ausgehen kann, daß das Verhältnis zwischen alkoholkranken Männern und Frauen bei etwa 3:1 liegt (34,4o,43,65,85,1o4,112).
Geht man von diesen Werten aus, so entspricht die von uns gefundene Häufigkeit der alkoholkranken Mütter mindestens der damaligen Prävalenz des Frauenalkoholismus.

5.2. Erster Alkoholkonsum (Frage 8)

Die Patienten wurden nach dem Zeitpunkt gefragt, an dem sie das erste Mal in ihrem Leben ein alkoholisches Getränk zu sich nahmen, um welche Getränkeart es sich handelte und zu welchem Anlaß getrunken wurde.

Die untersuchten Männer tranken ihr erstes alkoholisches Getränk durchschnittlich 9 Monate früher als die Frauen. Durchschnittlich hatten die Männer ein Alter von 15,4, die Frauen von 16,1 Jahren während des ersten Alkoholkonsums. Bei Kindern alkoholkranker Eltern verringerte sich die Geschlechtsdifferenz, und es wurde früher zum Alkohol gegriffen: Diese Männer begannen durchschnittlich mit 14,7 und diese Frauen mit 14,9 Jahren, Alkohol zu trinken. Die Altersverteilung des Zeitpunktes, an dem der erste Alkohol konsumiert wurde, zeigen Abb.6a und b sowie Tab. F im Anhang.

Eine 7o-jährige Frau - die älteste aller untersuchten Patienten - trank ihren ersten Alkohol mit 53 Jahren. Sie bestätigte dieses ausdrücklich im Interview. Sie trank dann jahrelang gepflegt, d.h. ein- bis zweimal pro Woche kleine Mengen Bier. Erleichterungstrinken entwickelte sie seit dem 55. Lebensjahr, abhängig fühlt sie sich aber erst seit drei Jahren, nachdem der Mann verstorben war, und ihre Trinkmenge auf 2, später 3 l Bier pro Tag zunahm. Entzugszeichen, Gedächtnislücken und Kontrollverluste traten im Laufe der letzten 1,5 Jahre auf. Die Gamma-Alkoholikerin befand sich zum Zeitpunkt der Therapie in der kritischen Phase nach JELLINEK.

Der weitaus größte Teil der Patienten trank das erste alkoholische Getränk zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr. Mit 14 Jahren beginnt die Zeit der Religionsmündigkeit. Mit Konfirmation, Kommunion und Jugendweihe wird ein wesentlicher Schritt zum Erwachsenensein getan. Häufig wird Alkoholkonsum als Zeichen des Erwachsenenseins darggestellt. Zahlreiche Kinder bekommen zu hören: "Alkoholische Getränke sind nichts für dich, dafür bist du noch zu klein." Diese Kinder werden später Alkoholkonsum mit Erwachsensein verbinden und entsprechend positiv bewerten. Mit Konfirmation, Kommunion oder Jugendweihe ist für viele dann der Augenblick gekommen, als Zeichen der Reife mit ihren Eltern anstoßen zu dürfen.

Abb. 8 a

Erster Alkoholkonsum und konsumiertes Getränk

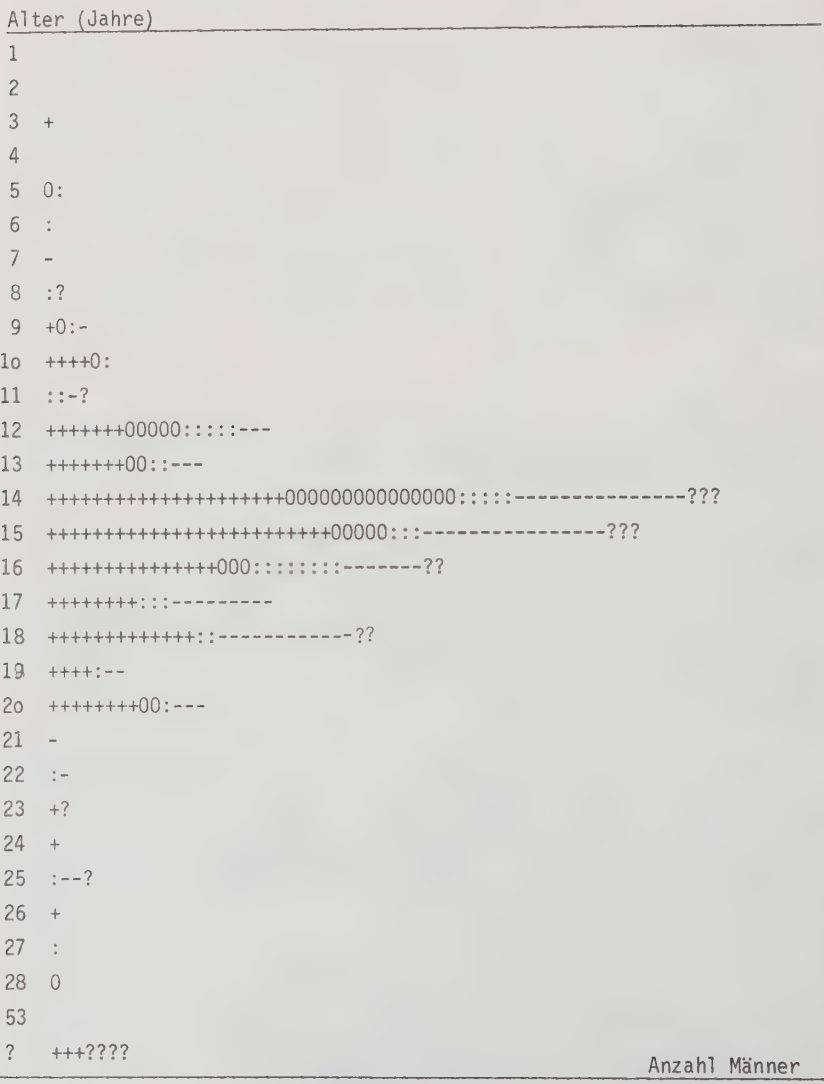


Abb. 8b

Erster Alkoholkonsum und konsumiertes Getränk

Frauen

Alter (Jahre)

```
 1
 2
 3
 4
 5  :
 6  0
 7
 8  :?
 9
1o  00
11  -?
12  0?
13  0
14  000000000000000000::::-
15  +000000000000:-??
16  ++0000000000000000::::-?
17  ++000000000::---?
18  000000000::
19  +0
2o  000-
21
22  -
23  0
24
25  ?
26  :
27  +
28
≠
53  -
?   +
```

Anzahl Frauen
n=115

+ Bier
: Spirituosen
0 Wein/Sekt
- Kombination von mehreren Getränkearten
? keine Angabe

Besonders Frauen berichteten, ohne daß dieses explizit im Fragebogen erfragt wurde, zum Zeitpunkt der Konfirmation ihren ersten Alkohol getrunken zu haben. Dadurch, daß nicht direkt danach gefragt wurde, können wir jedoch keine quantitativen Vergleiche anstellen. Durch diesen Trinkanlaß wird die deutliche Zunahme des ersten Alkoholkonsums mit 14 Jahren im Vergleich zu 13 Lebensjahren verständlich.

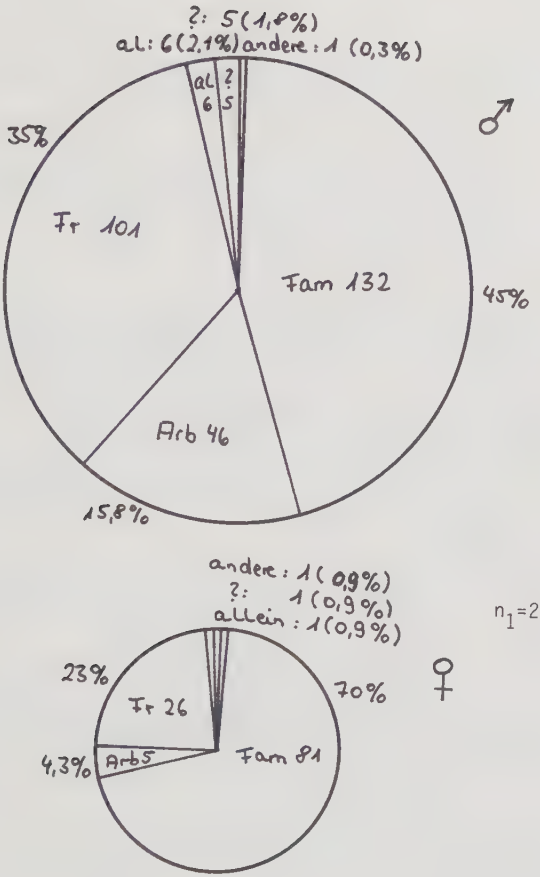
Wir fragten allgemeiner nach dem Anlaß des ersten Trinkens.
Die Möglichkeiten: im Familienkreis, am Arbeitsplatz, mit Freunden und allein sowie ein eventueller anderer Anlaß wurden vorgegeben. Die Ergebnisse zeigt Abb. 9.

Wesentlich mehr Frauen tranken ihren ersten Alkohol im Familienkreis. Dieses korelliert mit der Aussage, daß mehr Frauen zusätzlich angaben, Konfirmation, Kommunion und Jugendweihe wäre der Anlaß für den ersten Kontakt mit Alkohol gewesen.

Männer tranken dagegen häufiger am Arbeitsplatz und im Freundeskreis.Als "anderen Anlaß" gaben jeweils ein Mann und eine Frau Urlaub an. Zusätzlich zum Ankreuzen spezifizierten einige Patienten den ersten Anlaß ihres Trinkens. Frauen gaben - wie bereits erwähnt - häufig kirchliche Unterrichtsabschlüsse an, mehrmals wurde Silvester erwähnt, jeweils einmal Tanz, Geburtstag, Depression und Fußballverein (!)

Die Männer nannten ebenfalls am häufigsten Konfirmation, Kommunion, es folgten Gesellen- und andere Abschlußprüfungen, Richtfeste, Sportverein, Weihnachts- und Silvesterfeiern, Hochzeiten und als Einzelnennung Karneval.

Bei der Art des zuerst konsumierten alkoholischen Getränkes ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen.



n_1=291

n_2=115

Fam = im Familienkreis
Arb = am Arbeitsplatz
Fr = mit Freunden
al = alleine
? = ohne Angabe
andere = andere Anlässe

Abb. 9: Gesellschaftlicher Rahmen des ersten Alkoholgenusses

Männer begannen wesentlich häufiger mit Bier und kombinierten öfter verschiedene Getränkearten bei ihrem ersten Kontakt mit Alkohol.

Frauen tranken wesentlich häufiger Wein und blieben eher bei einer Getränkeart. Bereits beim ersten Genuß eines alkoholischen Getränkes zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Frauen und Männern. Folgende Ursachen dieser Differenz kommen in Frage:

1. Der Anlaß des ersten Trinkens der Frauen war häufiger ein familiärer. Es handelte sich oft um ein besonderes Ereignis, zu dem eher Wein oder Sekt getrunken wird als Bier oder Spirituosen.

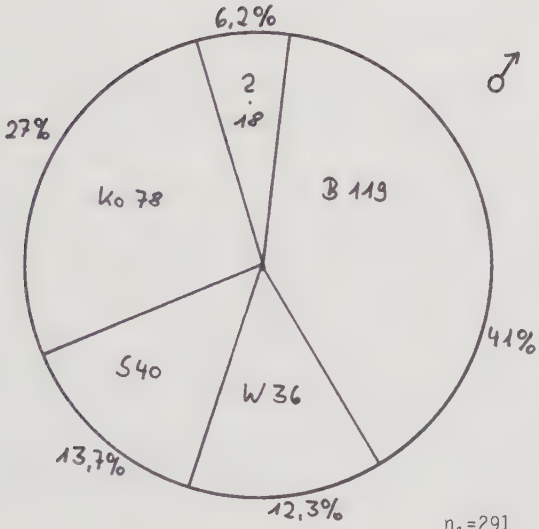
2. Männer tranken häufiger als Frauen ihren ersten Alkohol am Arbeitsplatz oder im Freundeskreis - Anlässe, zu denen in unserer Gesellschaft eher Bier oder Spirituosen getrunken werden.

3. Die untersuchten Frauen hatten durchschnittlich eine höhere Schulbildung als die Männer. Schichtspezifische Unterschiede scheinen eine Rolle zu spielen.

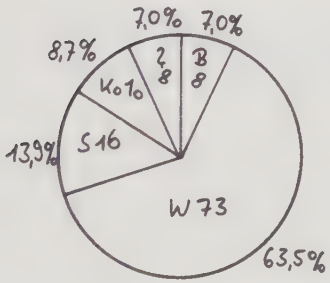
4. Auch im späteren Verlauf des Trinkverhaltens der untersuchten Patienten wird sich zeigen, daß Frauen eher zu Wein, Männer eher zu Bier greifen.

In Abb. 8 und Tab. F wird die Wahl des Getränkes in Abhängigkeit vom Trinkalter dargestellt. Alle Männer tranken durchschnittlich am ehesten Bier. Bei den Fünfzehn- bis Zwanzigjährigen war der Bieranteil am höchsten. In dieser Altersgruppe waren viele, die am Arbeitsplatz und im Freundeskreis ihren ersten Alkohol einnahmen. Wein wurde am ehesten vor dem 15. Lebensjahr konsumiert, bedingt durch den hohen Anteil der festlichen und familiären Anlässe, zu denen in diesem Alter getrunken wurde. Spirituosen wurden in allen Altersgruppen mit geringer Bevorzugung der unter Dreizehnjährigen und über Zwanzigjährigen konsumiert.

Die Frauen tranken überwiegend Wein. Patientinnen, die Bier als erstes tranken, waren mindestens 15 Jahre alt. Spirituosen wurden in allen Altersgruppen etwa gleichmäßig häufig getrunken.



n_1=291



n_2=115

B = Bier
W = Wein oder Sekt
S = Spirituosen
Ko= Kombination verschiedener Alkoholika
? = ohne Angabe

Abb. 1o: Erstes konsumiertes alkoholisches Getränk

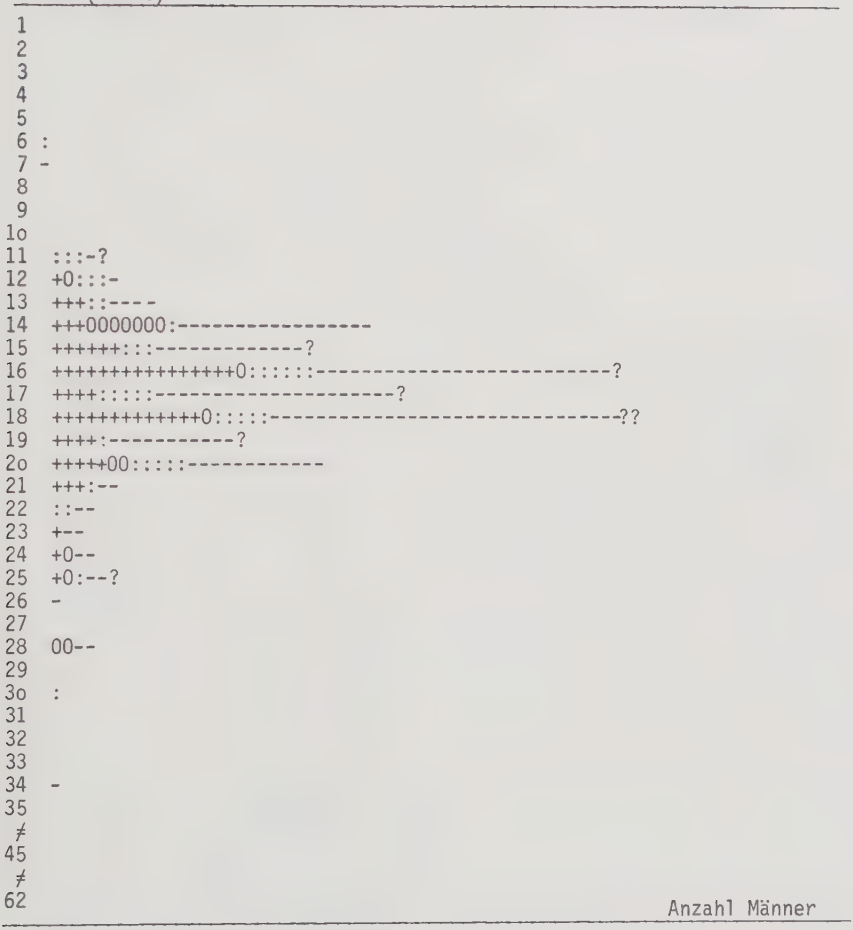
5.3. Erster Rausch (Frage 9)

Zum ersten Rausch wurden die gleichen Fragen gestellt wie zum ersten Alkoholgenuß. 4o5 der 4o6 Patienten hatten einen Rausch erlebt.

Eine 58-jährige Patientin gab an, bisher nie einen Rausch gehabt zu haben. Sie bestätigte diese Aussage glaubhaft im Interview. Sie ist Delta-Alkoholikerin, hatte seit 15 Jahren Erleichterungstrinken und seit zwei Jahren Entzugszeichen und Gedächtnislücken. Zuletzt trank sie ca. 35o ml Branntwein und Wodka täglich, ohne jedoch jemals betrunken gewesen zu sein. Ein Alkoholkranker, der noch nie betrunken war, scheint ein Paradoxon zu sein. Räusche gehören - bedingt durch Kontrollverluste - zum typischen Bild des Gamma-Alkoholismus in der Kritischen und Chronischen Phase.Der Delta-Alkoholiker benötigt aber lediglich einen gewissen Spiegel, um seine Entzugssymptomatik zu kupieren, ohne daß dabei ein Exzeß eine Conditio sine qua non darstellt.

Abb. 11a und b sowie Tab. G zeigen, in welchem Alter der erste Rausch stattfand und welche Getränke dabei konsumiert wurden.

Männer



+ Bier
0 Wein/Sekt
: Spirituosen
- Kombination von mehreren Getränken
? keine Angabe

Abb. 11a: Erster Rausch und konsumiertes Getränk: Männer

Frauen

Alter (Jahre)

```
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
1o
11
12  :
13  ?
14  0000:::--?
15  0:-?
16  ++0:::::---
17  +000000:--??
18  +000000::--
19  00000:--?
2o  00000000----
21  0:-
22  +0-
23  ?
24  +00:-
25  00:::-
26  0
27  0:
28  0-
29  0
3o  --
31
32
33
34  +
35  0
 ≠
45  ?
 ≠
62  -
```

Anzahl Frauen

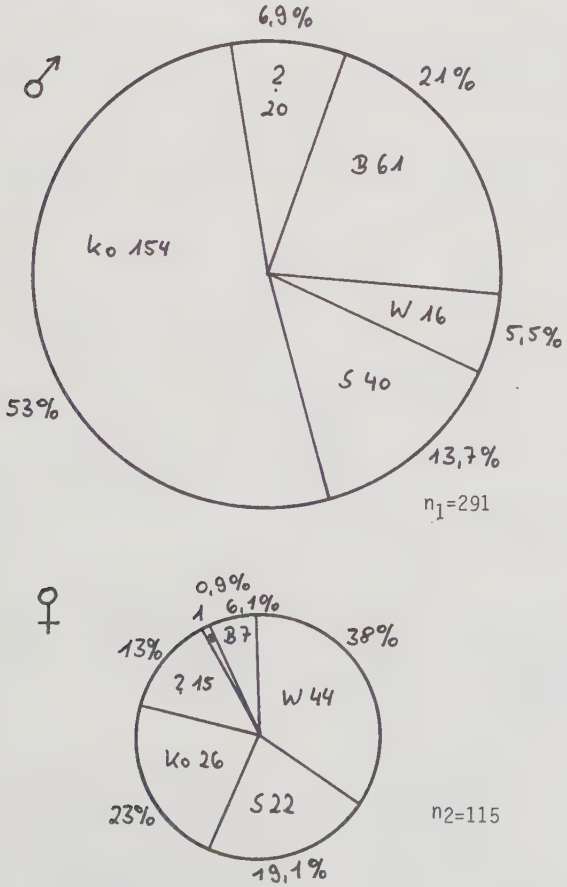
n_2 = 114

+ Bier
0 Wein/Sekt
: Spirituosen
- Kombination von mehreren Getränken
? keine Angabe

Abb. 11b: Erster Rausch und konsumiertes Getränk: Frauen

Männer hatten ihren Rausch durchschnittlich drei Jahre früher als Frauen, nämlich mit 17,3 Jahren gegenüber 2o,3 Jahren. Da Frauen durchschnittlich nur ein Dreivierteljahr später ihren ersten Alkohol tranken (siehe S. 41), ist das Intervall zwischen erstem Alkoholkonsum und erstem Rausch bei Frauen mit 4,2 Jahren deutlich länger als bei den Männern (1,9 Jahre).

Die Getränke, die den ersten Rausch herbeigeführt haben, zeigt Abb. 12:

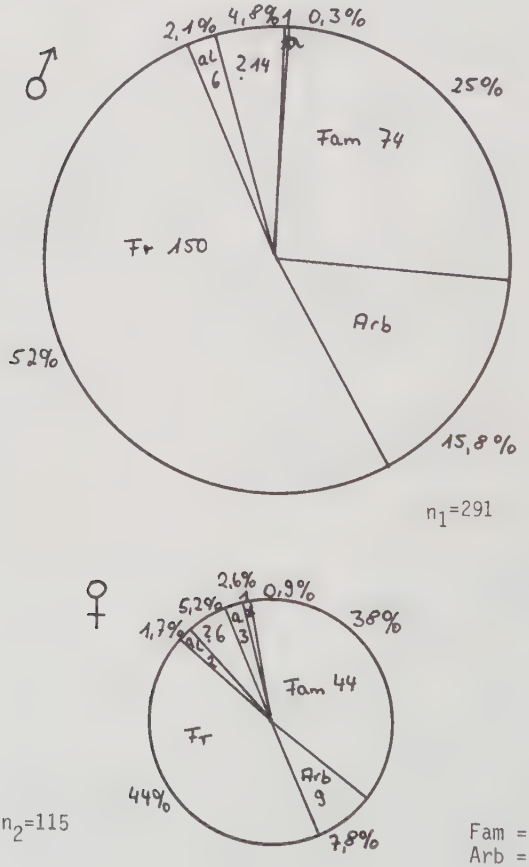


B = Bier
W = Wein oder Sekt
S = Spirituosen
Ko= Kombination mehrerer Getränke
? = ohne Angabe
✱ = kein Rausch

Abb. 12: Getränkeart beim ersten Rausch

Bier wurde weiterhin häufiger von Männern getrunken, Wein häufiger von Frauen. Ein größerer Teil der Frauen als der Männer bevorzugte jetzt jedoch Spirituosen. Männer kombinierten jedoch häufiger verschiedene Getränkearten als Frauen.

Auch wenn Frauen und Männer verschiedene Getränkearten bevorzugen, so sind die Unterschiede inzwischen geringer ausgeprägt als zur Zeit des ersten Alkoholgenusses.



Fam = im Familienkreis
Arb = am Arbeitsplatz
Fr = mit Freunden
al = alleine
? = ohne Angabe
a = andere
✱ = kein Rausch

Abb. 13: Gesellschaftlicher Rahmen des ersten Rausches

Sowohl Männer als auch Frauen erlebten erwartungsgemäß ihren ersten Rausch seltener im Familienkreis als den ersten Alkoholgenuß. Bei beiden reduzierte sich die Zahl der im Familienkreis Trinkenden auf etwa 5o% des Ausgangswertes.

Am Arbeitsplatz bleibt bei den Männern die Zahl gleich. Sie nimmt bei den Frauen etwas zu.

Das Trinken im Freundeskreis nimmt entsprechend zu, bei den Frauen etwas mehr als bei den Männern.

Vergleicht man den gesellschaftlichen Rahmen des ersten Alkoholgenusses und des ersten Rausches, so bestehen ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

5.4. Typologie (Frage 24)

JELLINEK gebraucht seine Einteilung in Voralkoholische -, Prodromal-, Kritische- und Chronische Phase ausschließlich für Gamma-Alkoholiker. Wir hatten jedoch das Ziel, während des gegebenen Zeitraumes alle Alkoholkranken der psychosomatischen Abteilung des Jüdischen Krankenhauses zu untersuchen. 34 Patienten klassifizierten wir als Delta-Alkoholiker, 9 als Epsilon-Alkoholiker und einen als Alpha-Alkoholiker. Ein Patient hatte pathologische Räusche. 13 Patienten konnten wir nicht sicher klassifizieren. JELLINEKS Einteilung gibt eine gute Übersicht, aber nicht jeder Patient paßt sich mit seiner Symptomatik genau der letztlich künstlichen Einteilung an, so daß auch Mischformen bestehen. 35o Patienten (86,7%) identifizierten wir als klassische Gamma-Alkoholiker.

Die Patienten wurden gebeten, ihren Krankheitstyp selbst einzuschätzen. Aufgrund intensiver informativer Gruppenarbeit, in der die Patienten mit der JELLINEK'schen Krankheitseinteilung konfrontiert wurden und lernten, sich selbst einzuschätzen, waren die meisten Patienten in der Lage, sich in die richtige Gruppe einzuordnen. Wir ordneten die Patienten aufgrund unserer Erkenntnisse, die wir aus dem Fragebogen und dem Interview erhiel-

ten, ebenfalls den verschiedenen Krankheitstypen zu. Bei 54 Patienten (13,3%) ergaben sich unterschiedliche Aussagen. Die genauen Ergebnisse zeigen Tab. 3a und 3b.

Etwas mehr Frauen (87,8% in der Selbst- und 91,3% in der Fremdeinschätzung) als Männer (83,5% resp. 84,2%) waren Gamma-Alkoholiker. Männer waren häufiger als Frauen Delta-Alkoholiker (11,7% resp. 1o,o% gegenüber 4,3 resp. 2,6%).

Nur zwei Patienten - ein Mann und eine Frau - bezeichneten sich nicht als Alkoholiker. Die Frau zeigte jedoch Symptome der Alkoholkrankheit und starken Alkoholkonsum, so daß bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht überwundene Abwehrmechanismen als Ursache für diese Angabe zu vermuten sind. Der Mann hatte pathologische Räusche nach Schädelhirntrauma und befand sich im Jüdischen Krankenhaus, um eine völlige Alkoholabstinenz anzustreben.

Tab. 3a: Krankheitstyp nach JELLINEK der untersuchten Männer

Krankheitstyp nach Angaben der Patienten	nach Auffassung des Untersuchers: Alpha	Beta	Gamma	Delta	Epsilon	?	kein Alkoholiker	Gesamt
Alpha	-	-	-	-	-	-	-	-
Beta	-	-	-	-	-	-	-	-
Gamma	1	-	227	5	4	6	-	243
Delta	-	-	11	21	-	2	-	34
Epsilon	-	-	1	-	1	1	-	3
?	-	-	6	3	-	1	-	1o
kein Alkoholiker	-	-	-	-	-	-	1	1
Gesamt	1	-	245	29	5	1o	1	291

Tab. 3b: Krankheitstyp nach JELLINEK der untersuchten Frauen

Krankheitstyp nach Angaben der Patienten	nach Auffassung des Untersuchers: Alpha	Beta	Gamma	Delta	Epsilon	?	kein Alkoholiker	Gesamt
Alpha	-	-	-	-	-	-	-	-
Beta	-	-	-	-	-	-	-	-
Gamma	-	-	97	-	3	1	-	1o1
Delta	-	-	3	2	-	-	-	5
Epsilon	-	-	-	-	-	-	-	-
?	-	-	4	1	1	2	-	8
kein Alkoholiker	-	-	1	-	-	-	-	1
Gesamt	-	-	1o5	3	4	3	-	115

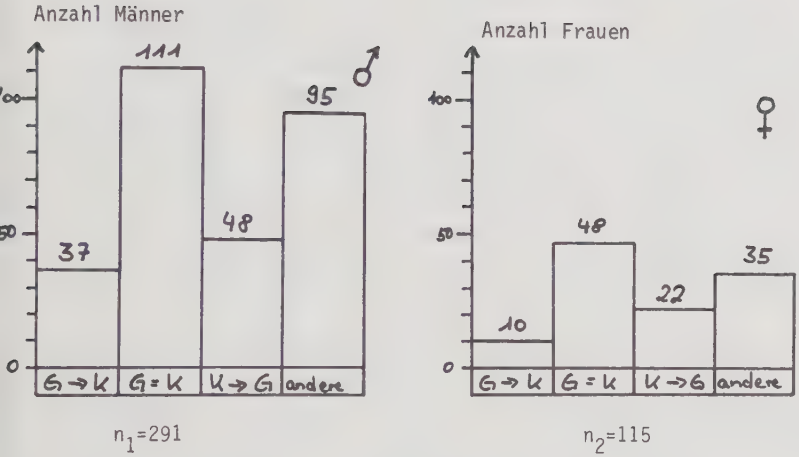
5.5. Symptomatik und ihr zeitliches Auftreten (Fragen 1,1o,13.o,14.1,18,2o,21,22)

5.5.1. Übersicht

Nicht alle Symptome, die die einzelnen Phasen kennzeichnen, sind obligat. Heimliches Trinken ist beispielsweise charakteristisch für die Prodromalphase (siehe S.12). Heimliches Trinken ist aber auch noch von anderen, z.B. sozialen Faktoren abhängig. So gibt es eine Anzahl von Patienten, die bereits in der Kritischen und Chronischen Phase stehen und noch nicht heimlich getrunken haben. Palimpseste werden als erstes Symptom der Prodromalphase bezeichnet, häufig auftretende Palimpseste bilden bereits den Übergang zur Kritischen Phase. Es zeigte sich, daß Patienten Schwierigkeiten hatten, den Zeitpunkt der ersten Gedächtnislücken zu fixieren. Häufig spielten Rausch und Fast-Räusche eine Rolle, die kurzfristige Amnesien zur Folge hatten ohne echte Palimpseste zu sein. Dennoch konnten über 5o% der Patienten einen Zeitpunkt nennen, an dem die ersten Gedächtnislücken auftraten.

JELLINEK behauptet, daß Gedächtnislücken als Charakteristikum der Prodromalphase vor den Kontrollverlusten auftreten, die bereits den Beginn der kritischen Phase darstellen (55).

In unserer Untersuchung konnten wir beide Phasen nicht sicher voneinander trennen. Mehr Patienten hatten Kontrollverluste vor den Gedächtnislücken als umgekehrt. Bei den meisten Patienten traten Gedächtnislücken und Kontrollverluste etwa zur gleichen Zeit auf (siehe Abb. 14).



n_1=291 n_2=115

G→K: Gedächtnislücken früher als Kontrollverluste aufgetreten
K = G: Gedächtnislücken im gleichen Zeitraum wie Kontrollverluste aufgetreten
K→G: Kontrollverluste früher als Gedächtnislücken aufgetreten
andere: Patienten, die entweder keine Gedächtnislücken oder keine Kontrollverluste hatten.
Patienten, die weder Gedächtnislücken noch Kontrollverluste hatten.
Patienten, die keine vollständigen zeitlichen Angaben machen konnten.

Abb. 14: Zeitliches Auftreten von Gedächtnislücken im Vergleich zu Kontrollverlusten

Gedächtnislücken waren durchschnittlich vor 4,3 Jahren (Männer) und 3,o Jahren (Frauen) aufgetreten. Kontrollverluste bestanden seit 4,6 Jahren (Männer) bzw. 3,1 Jahren (Frauen). Die Schwierigkeit, die Prodromal- von der Kritischen Phase zu trennen, wurde - wenn auch weniger ausgeprägt - vor Aufstellung des Fragebogens vermutet. Die beiden Phasen wurden unter dem Gesichtspunkt der Entzugssymptomatik abgefragt, die erfahrungsgemäß häufig zur Zeit dieser beiden Phasen auftritt. Auch bei unserer Untersuchung traten Kontrollverluste, Gedächtnislücken und Entzugszeichen zu einem ähnlichen Zeitpunkt auf: Bei den Männern Kontrollverluste 4,6 Jahre, Gedächtnislücken 4,3 Jahre und Entzugszeichen 4,3 Jahre vor Therapiebeginn, bei den Frauen Kontrollverluste 3,1 Jahre, Gedächtnislücken 3,o Jahre und Entzugszeichen 3,3 Jahre vor Therapiebeginn (siehe S. 6o).

Folgende vier Phasen lassen sich aufgrund des Fragebogens aufstellen:

1) Trinken vor Krankheitsbeginn (Trinkverhalten, bevor das Erleichterungstrinken einsetzte) (TK),
2) Präalkoholische Phase (Trinkverhalten seit dem Erleichterungstrinken) (PP),
3) Prodromal- und Kritische Phase (Trinkverhalten, seitdem Entzugszeichen eingetreten sind) (PKP),
4) Chronische Phase (Trinkverhalten, in den letzten drei Monaten vor Krankenhausaufnahme bei den Patienten, die in dieser Zeit regelmäßig morgens tranken) (CP).

Nicht jeder Patient konnte Symptome angeben, die für alle Phasen zutrafen. 15 Patienten hatten von vornherein Erleichterungstrinken, 4 Patienten kein Erleichterungstrinken, 43 Patienten hatten keine Entzugszeichen und 149 Patienten kein regelmäßiges morgendliches Trinken.

Von den Definitionen JELLINEK's ausgehend befanden sich die Patienten zum Zeitpunkt dieser Untersuchung in folgenden Phasen:

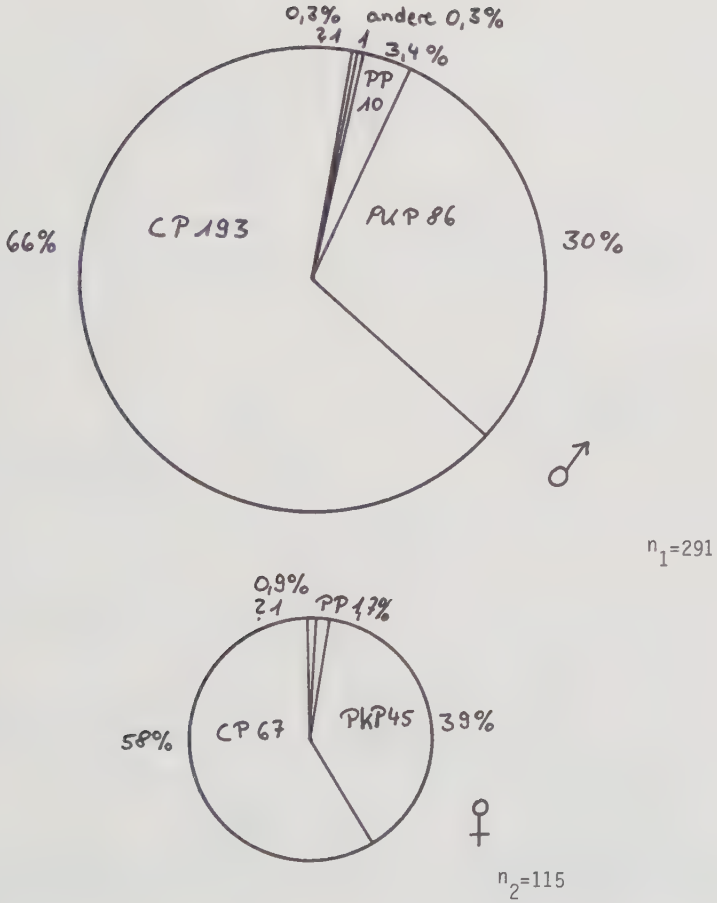


Abb. 15: Phasen der Alkoholkrankheit, in denen sich die Patienten befanden

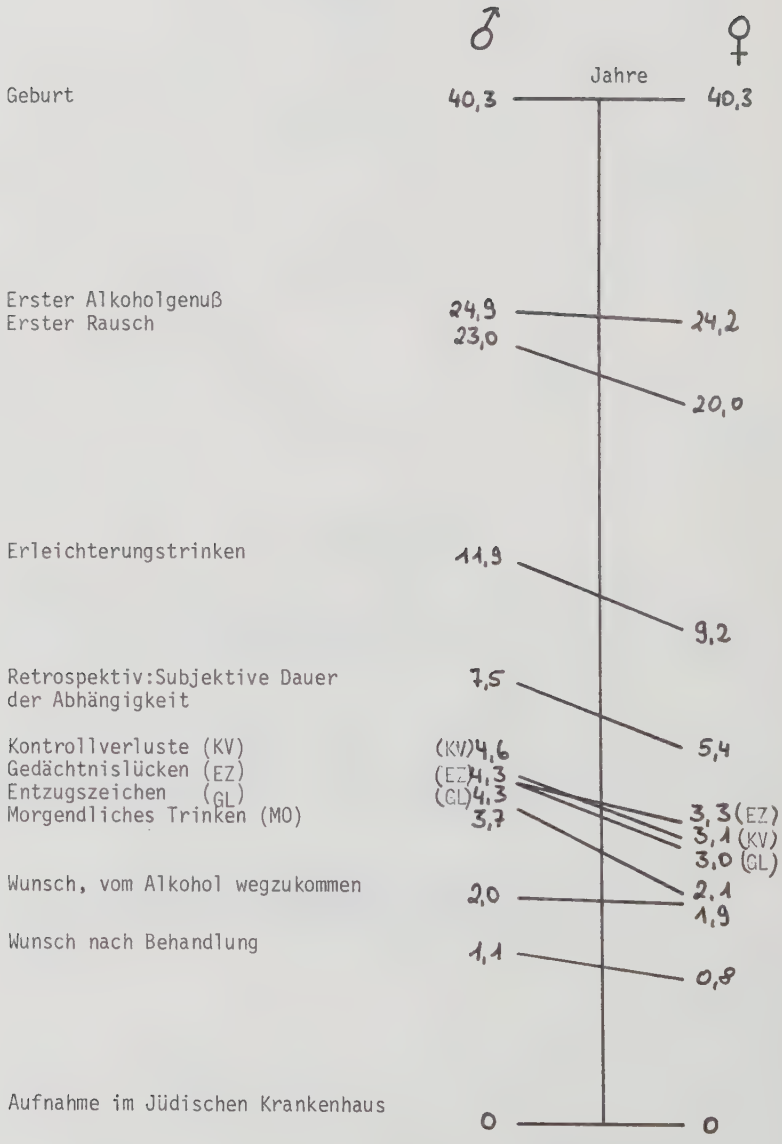


Abb. 16 : Zeitspanne zwischen verschiedenen Anzeichen der Alkoholkrankheit und Aufnahme im Jüdischen Krankenhaus Berlin

Es befanden sich prozentual mehr Männer in der Chronischen und in der Präalkoholischen Phase, dagegen mehr Frauen in der Prodromal- und in der Kritischen Phase. Insgesamt war bei den untersuchten Männern die Krankheit etwas weiter fortgeschritten als bei den Frauen. Das läßt vermuten, daß Frauen etwas eher zur Behandlung kommen.

Die Zeit zwischen dem ersten Trinken, dem Auftreten einzelner Symptome und Anzeichen der Alkoholkrankheit und der Aufnahme in die stationäre Behandlung des Jüdischen Krankenhauses ist bei Frauen wesentlich kürzer (siehe Abb. 16).

5.5.2. Dauer der einzelnen Phasen

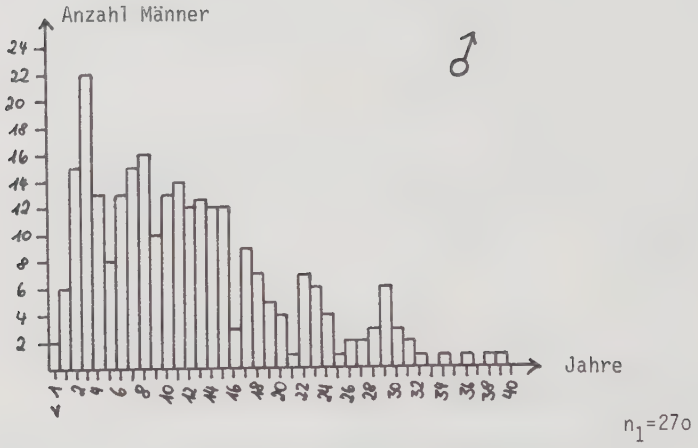
Nimmt man die durchschnittliche Zeit seit dem Auftreten der ersten Symptome, so ergibt sich die Dauer der einzelnen Phasen:

Präalkoholische Phase: Dauer des Erleichterungstrinkens minus Dauer der Entzugszeichen:
Männer: 11,9 Jahre minus 4,3 Jahre = 7,6 Jahre
Frauen: 9,2 Jahre minus 3,3 Jahre = 5,9 Jahre

Prodromal- und Kritische Phase: Dauer der Entzugszeichen minus Dauer des morgendlichen Trinkens:
Männer: 4,3 Jahre minus 3,7 Jahre = 0,6 Jahre
Frauen: 3,3 Jahre minus 2,1 Jahre = 1,2 Jahre

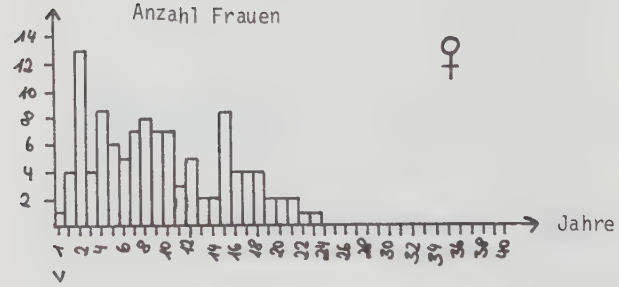
Chronische Phase: Zeit zwischen Beginn des regelmäßigen morgendlichen Trinkens und der Behandlung im Jüdischen Krankenhaus:
Männer: 3,7 Jahre
Frauen: 2,1 Jahre

Die Präalkoholische Phase ist mit 7,6 bzw. 5,9 Jahren wesentlich länger als Prodromal- und Kritische Phase gemeinsam. Treten erst einmal Entzugszeichen, Kontrollverluste und Gedächtnislücken auf, so dauert es nicht mehr lange, bis die Chronische Phase einsetzt. Die Frauen durchlaufen diese Phase langsamer, während die Präalkoholische und die Chronische Phase bis zur Aufnahme der Behandlung kürzer sind. Das Ergebnis, daß die Krankheits-



n_1=270

ohne Angaben: 18
kein Erleichterungstrinken: 3



ohne Angaben: 4
kein Erleichterungstrinken: 0

n_2=111

Abb. 17: Zeitspanne zwischen Auftreten des Erleichterungstrinkens und Therapie im Jüdischen Krankenhaus

dauer bei Frauen kürzer ist, d.h. daß die Frauen älter bei Beginn der Erkrankung und etwa gleich alt wie die Männer zum Zeitpunkt der Behandlung sind, korreliert mit zahlreichen anderen Untersuchungen (12,13,2o, 78,85,92,93,1o2,1o4,116,117,12o).

5.5.3. Erleichterungstrinken (Frage 11, 13.o)

Erster Alkoholkonsum und erster Rausch wurden bereits auf Seite ausführlich besprochen.

Mit dem Erleichterungstrinken als Zeichen der Präalkoholischen Phase begannen die Männer durchschnittlich 11,9, die Frauen 9,2 Jahre vor dem Krankenhausaufenthalt.

Drei Männer gaben an, kein Erleichterungstrinken gehabt zu haben.

Beim Erleichterungstrinken gewinnt der Alkohol die Funktion einer kompensierenden Medizin. Wenn die Wirkung des Äthanols nachläßt, erscheinen die ungelösten Probleme noch größer, so daß der Patient allmählich in den Teufelskreis der psychischen Abhängigkeit gelangt.

Abb. 17 zeigt die Dauer des Erleichterungstrinkens bis zum Zeitpunkt der Krankenhauseinweisung.

Bei Frauen und Männern gibt es jeweils eine Gruppe mit kurzer Anamnese, nach einem kurzen Intervall ergibt sich eine breite Verteilung. Bei den Männern sind die Zeiten etwas länger. Das erste Maximum beträgt drei Jahre (bei den Frauen zwei Jahre), viele Patienten haben Erleichterungstrinken für 6-15 Jahre (Frauen 4-1o Jahre).

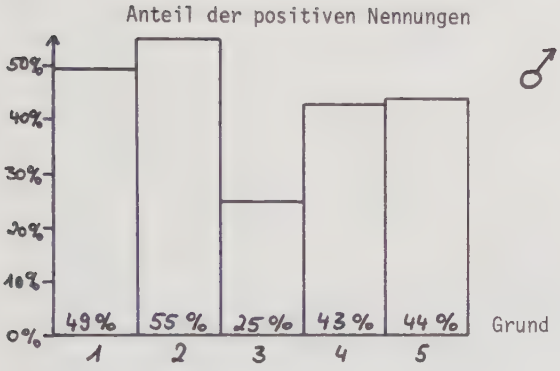
Das Verteilungsmuster ist somit bei beiden Geschlechtern ähnlich, mit dem Unterschied, daß die Frauen eine kürzere Anamnese haben.

Die Patienten wurden gefragt, warum sie tranken, wenn sie Erleichterungstrinken hatten. Fünf Antworten wurden zum Ankreuzen vorgegeben:

1) Um Hemmungen und Unsicherheit zu überwinden,
2) um die Stimmung zu verbessern,
3) um Angst zu beseitigen,
4) um sich zu beruhigen,
5) um Belastungen zu ertragen.

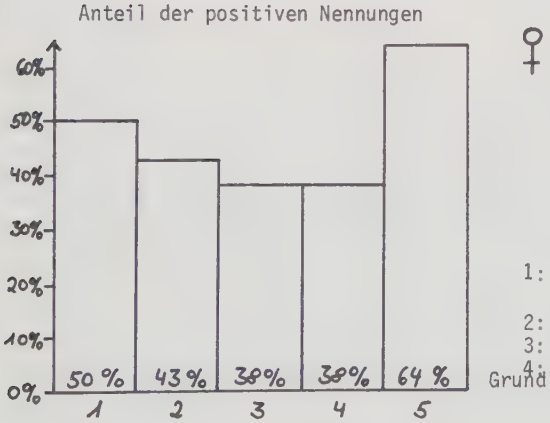
Außerdem konnten die Patienten zusätzlich eigene Angaben machen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Abb. 18 gibt einen Überblick und Tab. H zeigt die genauen Ergebnisse.



keine Gründe: 1,o%
? : 1,o%
andere Gründe:4,5%

n_1=291

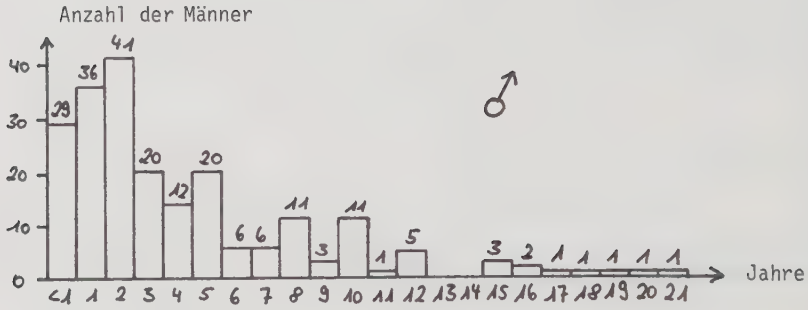


1: um Hemmungen und Unsicherheit zu überwinden
2: um die Stimmung zu verbessern
3: um Angst zu beseitigen
4: um sich zu beruhigen
5: um Belastungen zu ertragen

keine Gründe: -
? : -
andere Gründe: 7,o%

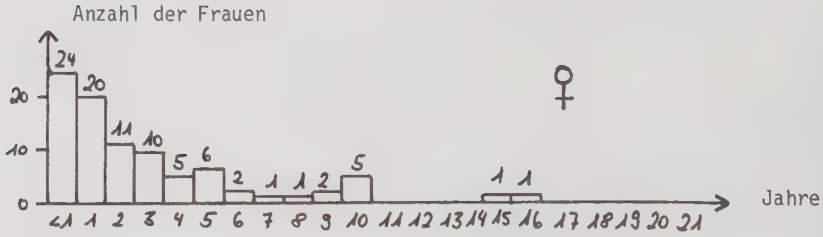
n_2=115

Abb. 18: Gründe für das Erleichterungstrinken (prozentualer Anteil der Patienten, die den jeweiligen Grund angaben)



keine Gedächtnislücken: 58
Zeitpunkt unbekannt: 17
weiß nicht, ob Gedächtnislücken: 5

n_1=211



keine Gedächtnislücken: 2o
Zeitpunkt unbekannt: 4
weiß nicht, ob Gedächtnislücken: 2

n_2=89

Abb. 19: Zeitspanne zwischen Auftreten der ersten Gedächtnislücken und Therapie im Jüdischen Krankenhaus

Männer tranken häufiger, um die Stimmung zu verbessern. Dieser Grund wurde am meisten von allen Patienten genannt.

Frauen tranken häufiger als Männer, um Angst zu beseitigen und Belastungen zu ertragen.

Bei dem Erleichterungstrinken, um Angst zu beseitigen, spielen mehrere Gesichtspunkte eine Rolle.

1. Männer geben seltener Angst zu, so daß etwas weniger diesen Grund angekreuzt haben.
2. Angst kann auch ein Symptom des Alkoholentzugs sein, dessen Beseitigung als Erleichterung empfunden wurde.
3. Dennoch scheinen Frauen eher Alkohol als Mittel zu nehmen, um Angst zu überwinden. Sie setzen sich nicht mehr direkt mit der Angst auseinander, sondern betäuben diese durch den Alkoholkonsum.

Die Frauen gaben an, häufiger Alkohol getrunken zu haben, um Belastungen zu ertragen. Bereits an anderer Stelle (Seite 33) wurde erwähnt, daß ein größerer Teil der Alkoholikerinnen dazu neigt, aus Problemsituationen heraus exzessiv Alkohol zu trinken.

Probleme als krankheitsfördernder Faktor scheinen eine größere Rolle beim Frauenalkoholismus zu spielen; SMART, SCHUCKIT und SCLARE geben an, daß Alkoholikerinnen häufiger Depressionen haben als Alkoholiker (1oo,1o2,1o4). Spezifische Leidsituationen wurden von verschiedenen Autoren bei Alkoholikerinnen öfter gefunden (19,65,85,117). Mehr Alkoholikerinnen waren in der Kindheit verwaist (1,22,88,1o4) oder hatten häufiger andere psychische Traumen (7). Es wurden mehr psychiatrische Schäden (7,2o,46,1oo,12o) sowie ein erhöhter Neurotizismus-Index (114) gefunden. Alkoholkranke Frauen waren häufiger in psychiatrischer Therapie (19,88) und hatten ein geringer ausgeprägtes Selbstwertgefühl (8,85).

Als weitere Gründe für das Erleichterungstrinken wurden von den Männern angegeben:
- Schlafstörungen
- Entspannung
- Stimulation

- um kreativer zu sein
- Langeweile
- Einsamkeit
- Weltschmerz
- Tod der Ehefrau
- Ehescheidung

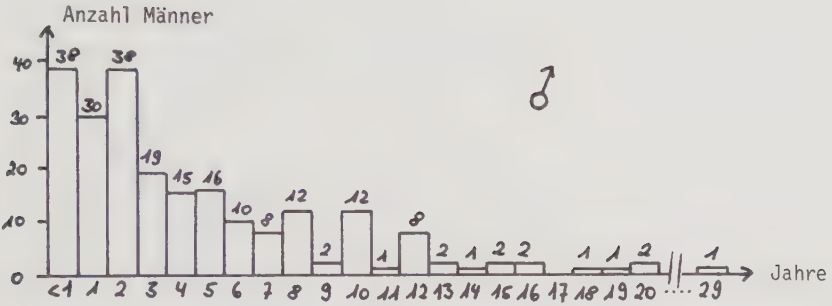
außerdem "Durst", "Gewohnheit", "allgemein".

Frauen gaben zusätzlich an:
- Schlafstörungen
- Langeweile
- Frührente
- Heimweh
- um besser zu überzeugen.

Es gaben mehr Frauen zusätzlich Schlafstörungen an. Sicherlich haben aber insgesamt wesentlich mehr Patienten zur Flasche gegriffen, um besser einschlafen zu können.

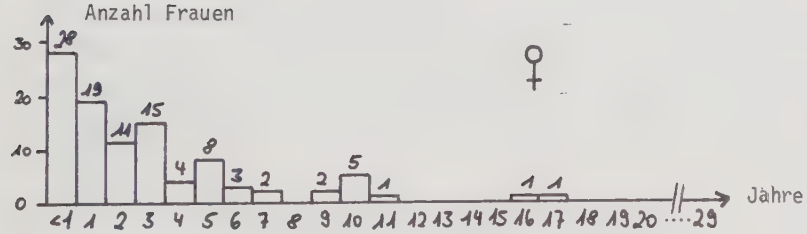
5.5.4. Gedächtnislücken (=Palimpseste) (Frage 2o)

Amnesien nach noch nicht zum Rausch führenden Alkoholmengen sind nach JELLINEK Zeichen der Prodromalphase (siehe Seite 14). Bei Männern traten sie durchschnittlich 4,3 Jahre, bei Frauen 3,o Jahre vor der Therapie im Jüdischen Krankenhaus auf. Eine genauere Aufgliederung zeigt Abb. 19.



keine Kontrollverluste: 48
kein Zeitpunkt bekannt: 2o
weiß nicht, ob Kontrollverluste: 1

n_1=222



keine Kontrollverluste: 9
kein Zeitpunkt bekannt: 5
weiß nicht, ob Kontrollverluste: 1

n_2=1oo

Abb. 2o: Zeitspanne zwischen erstem Auftreten von Kontrollverlusten und Therapie

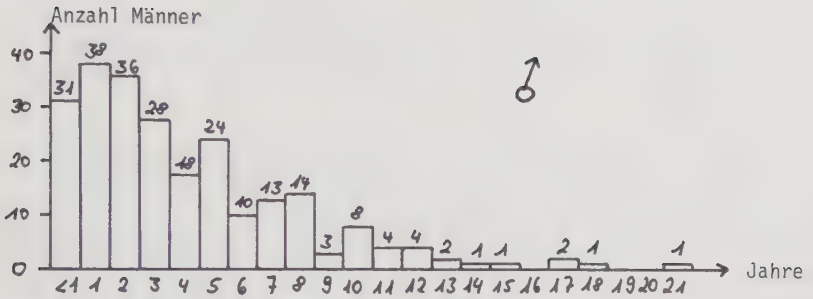
Die meisten Frauen hatten ihre ersten Gedächtnislücken weniger als ein Jahr vor der Therapie, mit zunehmendem zeitlichen Abstand verringert sich die Zahl der Frauen. Die meisten Männer hatten ihre Gedächtnislücken zwei Jahre vor der Therapie.

Gerade hier zeigt sich die wesentlich kürzere Anamnese der Frauen.

5.5.5. Kontrollverluste (Frage 21)

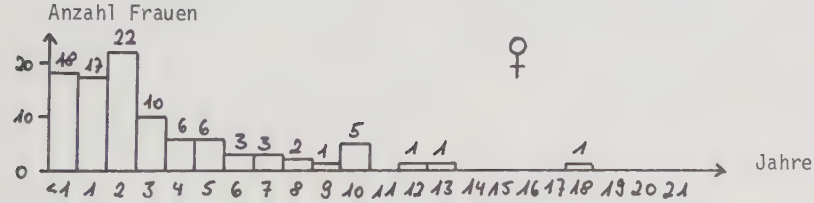
Kontrollverluste zeigen nach JELLINEK den Beginn der Kritischen Phase an (siehe Seite 14). Bei den Männern traten sie durchschnittlich 4,6, bei den Frauen 3,1 Jahre vor Therapie auf. Eine genauere Aufgliederung zeigt Abb. 2o.

Es gibt bei Frauen und Männern eine große Anzahl von Patienten, die innerhalb des letzten Jahres vor Therapie ihre ersten Kontrollverluste hatten. Männer hatten ebenfalls häufig ein oder zwei Jahre lang Kontrollverluste, während mit zunehmender Zeit weniger Frauen Kontrollverluste hatten.



keine Entzugszeichen: 14
kein Zeitpunkt bekannt: 26
weiß nicht, ob Entzugszeichen: 12

n_1=239



keine Entzugszeichen: 7
kein Zeitpunkt bekannt: 6
weiß nicht, ob Entzugszeichen: 6

n_2=96

Abb. 21: Zeitspanne zwischen Auftreten der ersten Entzugszeichen und Therapie

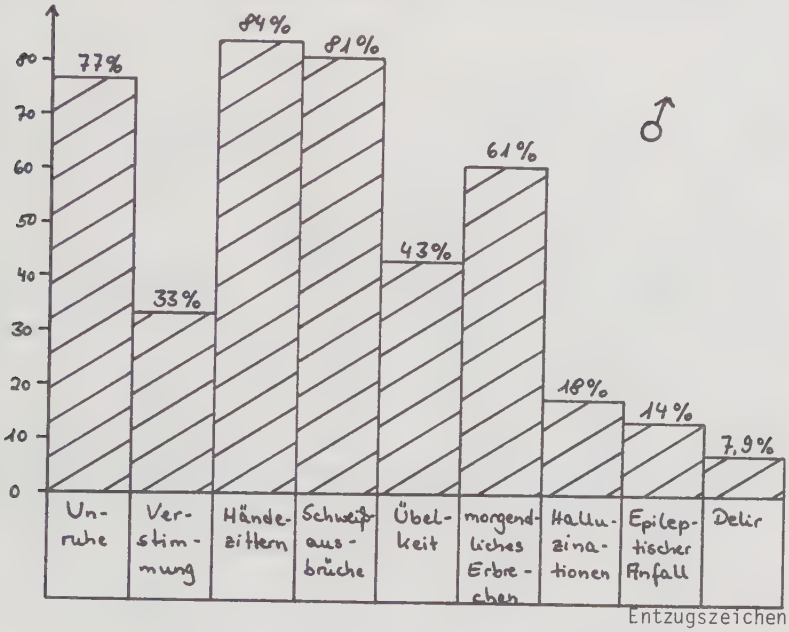
5.5.6. Entzugszeichen (Fragen 14.o,14.1,23)

Entzugszeichen stellten sich etwa zur gleichen Zeit wie Kontrollverluste und Gedächtnislücken ein. Männer hatten durchschnittlich 4,3 Jahre, Frauen 3,3 Jahre vor der Therapie Entzugszeichen. Eine genauere Aufgliederung zeigt Abb. 21.

Sowohl die meisten Frauen als auch die meisten Männer hatten Entzugszeichen seit zwei oder weniger Jahren. Es gibt jedoch mehr Männer, die über längere Zeit Entzugszeichen hatten, so daß insgesamt die durchschnittliche Zeitspanne seit dem Auftreten der Entzugszeichen bei den Männern ein Jahr länger ist.

Die Patienten wurden ebenfalls über die Art ihrer Entzugszeichen befragt. Hierbei handelt es sich nicht um die zuerst aufgetretenen Entzugszeichen, sondern um die Entzugszeichen, die die Patienten bis zu ihrer Therapie im Jüdischen Krankenhaus erlebt hatten. Einen Überblick über die Art der Entzugszeichen geben Abb. 22 und Tab. I (letztere im Anhang).

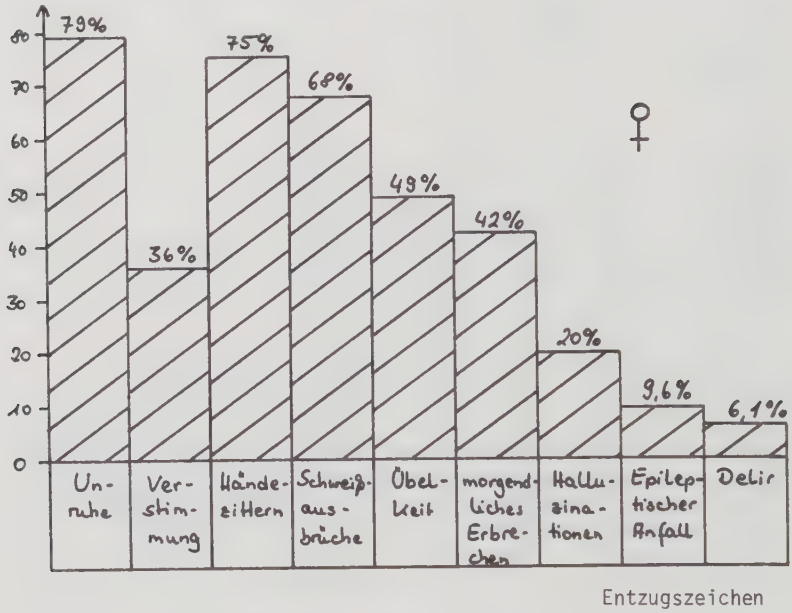
Prozentualer Anteil der Männer, die das jeweilige Symptom angaben in Relation zu allen untersuchten Männern.



keine Entzugszeichen: 4,8%

$n_1 = 291$

Prozentualer Antril der Frauen, die das jeweilige Symptom angaben in Relation zu allen untersuchten Frauen



keine Entzugszeichen: 6,1%

Abb. 22: Art der von den untersuchten Patienten angegeben Entzugszeichen

n_2=115

Die Männer gaben am häufigsten Händezittern und Schweißausbrüche an, während die Frauen am häufigsten Unruhe als Zeichen des Entzugs hatten. Bei Männern ist die physische Komponente etwas stärker ausgeprägt, bei Frauen die psychische.

Oberraschend erscheint die Tatsache, daß mehr Männer morgendliches Erbrechen - im Fachjargon der Alkoholiker als "Trockenes Kotzen" bezeichnet - als Obelkeit angaben. Dafür gibt es folgende Erklärung:

Der prozentuale Anteil (61%) entspricht etwa der Anzahl der Patienten (66%, siehe Seite 151), die regelmäßiges morgendliches Trinken angaben und sich somit in der Chronischen Phase nach JELLINEK befanden. Für viele steht das Erbrechen so stark im Vordergrund, daß sie nur das "Trockene Kotzen" angaben und die Obelkeit beim Ankreuzen übersahen.

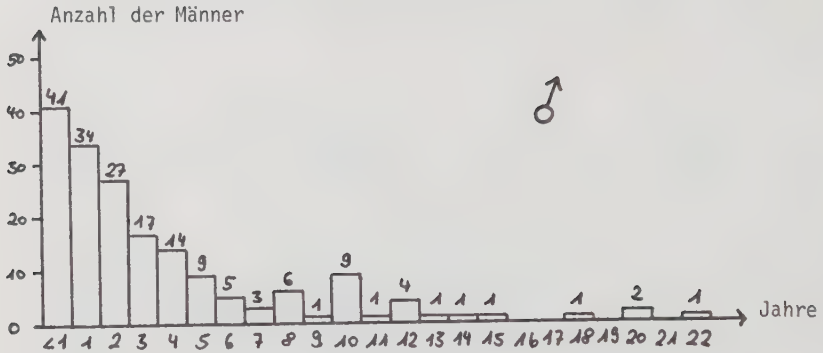
Frauen gaben seltener "Trockenes Kotzen" als Männer an. Halluzinationen und Delir waren etwa gleich häufig, epileptische Anfälle bei Männern etwas häufiger als bei Frauen.

5.5.7. Regelmäßiges morgendliches Trinken (Frage 22)

Regelmäßiges morgendliches Trinken ist ein Charakteristikum der Chronischen Phase nach JELLINEK (siehe Seite 15). Es wird notwendig, um die durch die nächtliche Trinkpause entstandene Entzugssymptomatik zu kupieren.

193 Männer (66,3%) und 64 Frauen (55,7%) gaben an, regelmäßig morgens getrunken zu haben; eine Frau machte keine Angabe darüber.

Die Männer tranken durchschnittlich 3,7 , die Frauen 2,1 Jahre lang regelmäßig morgens. Eine genauere Aufgliederung zeigt Abb. 23.



kein regelmäßiges morgendliches Trinken: 98 n_1=179
Zeitspanne unbekannt: 14

kein regelmäßiges morgendliches Trinken: 5o
Zeitspanne unbekannt: 6 n_2=58
ohne Angabe: 1

Abb. 23: Zeitspanne zwischen dem Auftreten von regelmäßigem morgendlichem Trinken und Therapie im Jüdischen Krankenhaus

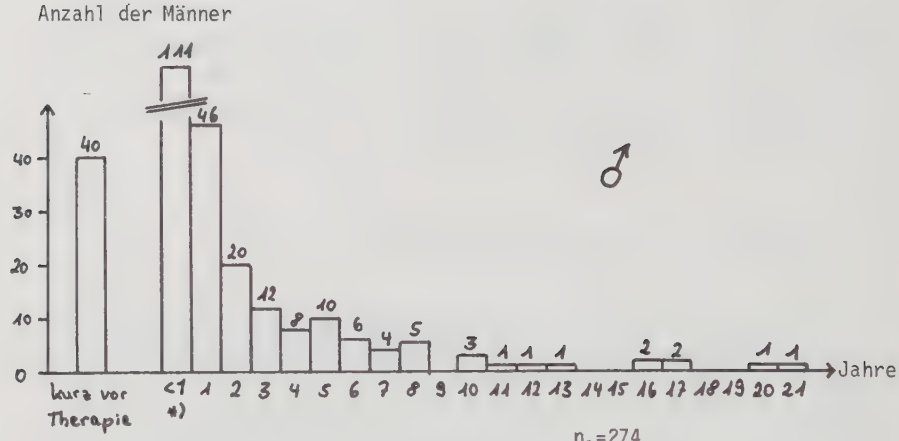
Die meisten Patienten hatten eine Zeitspanne unterhalb eines Jahres. Prozentual weniger Frauen als Männer tranken länger als ein bis zwei Jahre, so daß zwischen Frauen und Männern durchschnittlich eine deutlich unterschiedliche Zeitspanne zwischen erstem morgendlichem Trinken und Therapie im Jüdischen Krankenhaus vorhanden ist.

5.5.8. Der Wunsch, vom Alkohol wegzukommen (Frage 18.o)

Die Patienten wurden gefragt, wie lange bei ihnen der ehrliche Wunsch bestand, vom Alkohol wegzukommen. Durchschnittlich betrug die Zeit bis zur Therapie bei Männern 2,o Jahre, bei Frauen 1,9 Jahre. Die meisten Männer befanden sich zu diesem Zeitpunkt bereits in der Chronischen Phase, während viele Frauen gerade erst am Anfang dieser Phase standen.

Viele Patienten gaben an, daß dieser Wunsch erst kurze Zeit vor Krankenhausaufnahme auftrat.

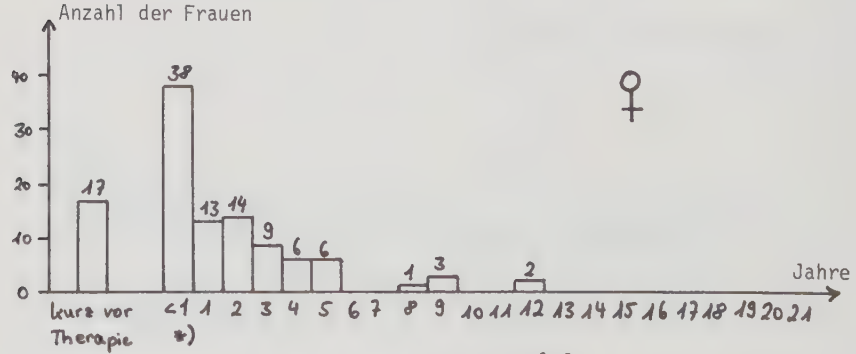
Eine genauere Übersicht gibt Abb. 24.



n_1=274

ohne Angabe: 17

*) ohne die Patienten, die unter der Rubrik "kurz vor Therapie" schon genannt sind



n_2=1o9

ohne Angabe: 6

*) ohne die Patienten, die unter der Rubrik "kurz vor Therapie" schon genannt sind

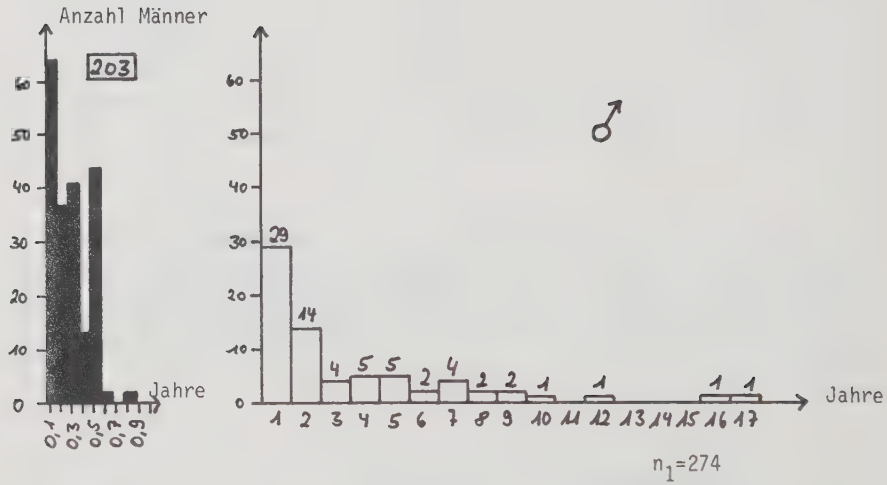
Abb. 24: Zeitspanne, seitdem der ehrliche Wunsch besteht, vom Alkohol wegzukommen bis zur Aufnahme der Therapie im Jüdischen Krankenhaus

Bei den meisten Patienten bestand der ehrliche Wunsch, vom Alkohol wegzukommen kürzer als ein Jahr. Prozentual mehr Frauen als Männer wünschten sich schon zwei Jahre vor Therapiebeginn, vom Alkohol wegzukommen; ein Jahr vor Therapiebeginn waren es prozentual mehr Männer. Durch die relativ größere Anzahl von Männern, die aufgrund ihrer langen Anamnese zum Teil schon über längere Zeit den ehrlichen Wunsch hatten, vom Alkohol wegzukommen, ergibt sich eine annähernd gleiche Zeitspanne bei Männern und Frauen.

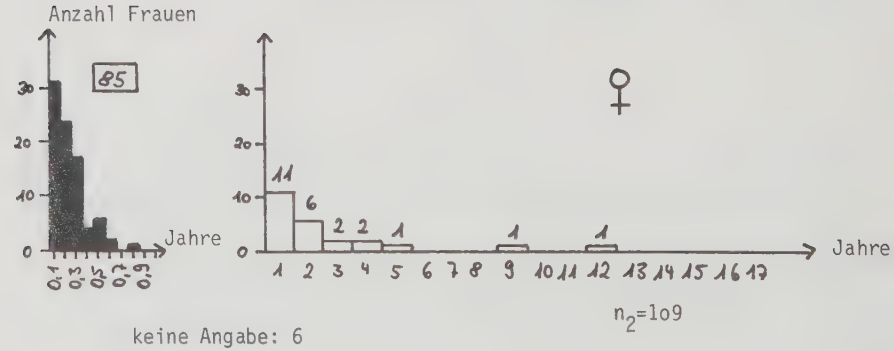
Bei Frauen ist die Entwicklung der Alkoholkrankheit kürzer. Der Wunsch nach Freiheit vom Alkohol tritt jedoch in einem relativ früheren Krankheitsstadium auf. Dennoch ist die Zeitspanne zwischen ehrlichem Wunsch, freizuwerden und stationärer Therapie bei beiden Geschlechtern im Durchschnitt gleich.

5.5.9. Der Wunsch nach Behandlung (Frage 18.1)

Die Patienten wurden gefragt, seit wann bei ihnen der ehrliche Wunsch bestand, sich aufgrund des Alkoholproblems behandeln zu lassen. Bei Männern bestand der Wunsch nach Behandlung durchschnittlich 1,1 Jahre, bei Frauen o,8 Jahre lang. Eine Übersicht zeigt Abb. 25.



keine Angabe: 17



keine Angabe: 6

Abb. 25: Zeit, seit der der ehrliche Wunsch besteht, sich aufgrund des Alkoholproblems behandeln zu lassen

2o3 Männer (=69,8%) und 85 Frauen (= 73,9%) hatten den ehrlichen Wunsch nach Behandlung nur innerhalb des ersten Jahres vor der Therapie. Häufig ist ein Leidensdruck wie Kündigung der Arbeitsstelle, Trennung vom Partner oder Verlust des Führerscheins notwendig, um den Wunsch nach Behandlung zu induzieren. Dann werden von vielen Patienten Konsequenzen gezogen. Zu berücksichtigen ist außerdem, daß die meisten Patienten eine Wartezeit von ein bis zwei Monaten in Kauf nehmen mußten, bevor sie einen Aufnahmetermin im Jüdischen Krankenhaus erhielten.

5.5.1o. Personen, die die Patienten zur Behandlung bewogen (Frage 19)

Die Patienten wurden gefragt, welche Person sie bewogen hat, die Behandlung ihrer Alkoholkrankheit aufzunehmen. Sie konnten auch mehrere Personen angeben. Die Ergebnisse zeigt Abb. 26.

Außer den vorgegebenen Personen wurden von den Männern sechs trockene Alkoholiker und Angehörige von Selbsthilfegruppen , fünf Personen, die im Bereich der staatlichen Fürsorge arbeiteten, zwei Geschwister der Patienten, ein anderer Arzt und ein Lehrer genannt. Frauen gaben einen trokkenen Alkoholiker, ein Mitglied der staatlichen Fürsorge, zwei Geschwister der Patienten und einen Pfarrer an.

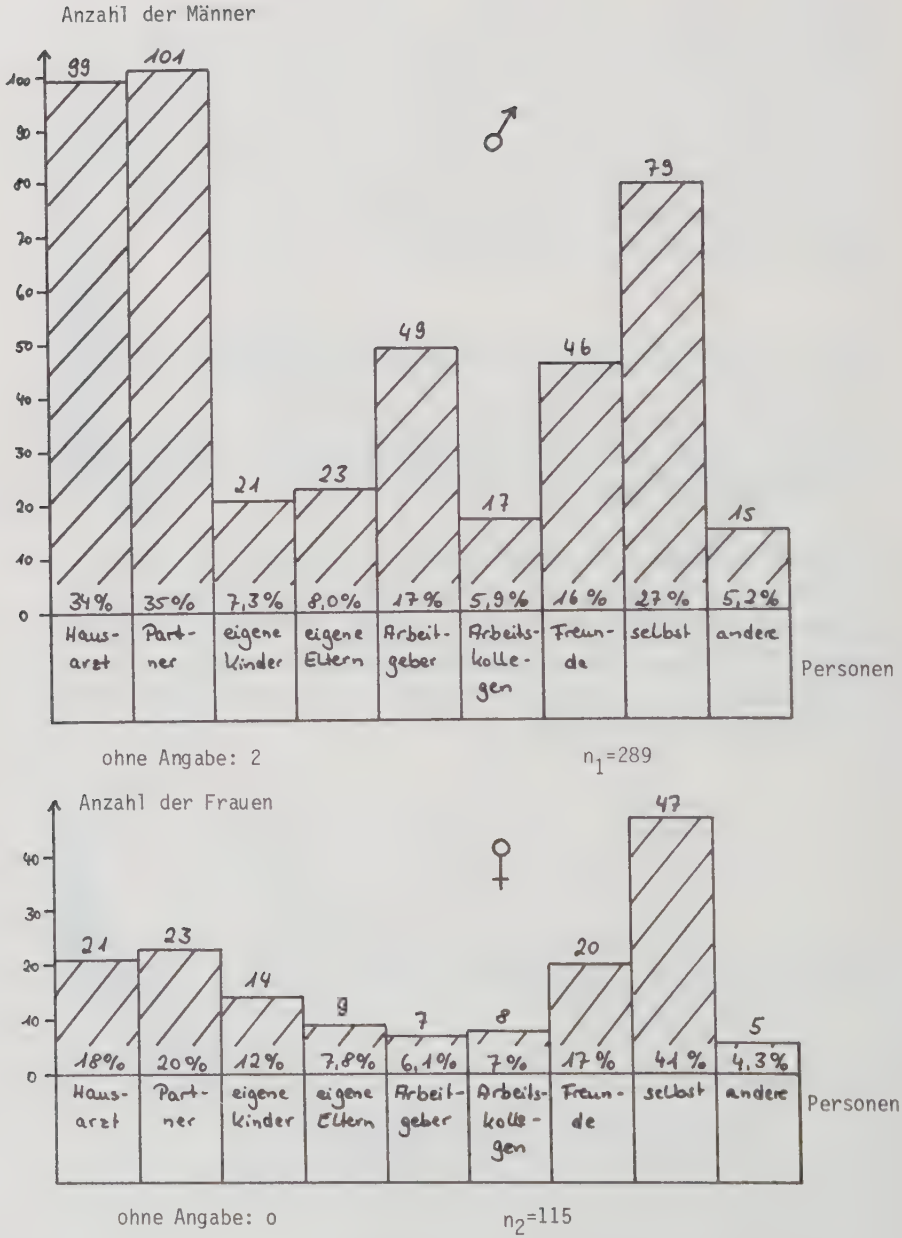


Abb. 26: Personen, die die Patienten zur Behandlung bewogen

Der Entschluß, eine stationäre Behandlung aufzunehmen, wird häufig aufgrund verschiedener Situationen und Anregungen getroffen, so daß es manchmal schwerfällt, nur eine bestimmte Person anzugeben, die endgültig den Patienten bewog, eine Behandlung aufzunehmen. So gaben die Männer durchschnittlich 1,6 Personen an, die Frauen 1,3 Personen.

Männer wurden häufiger vom Hausarzt, vom Partner und vom Arbeitgeber bewogen, die Behandlung aufzunehmen. Diese Personen können einen erheblichen Leidensdruck ausüben. Der Arzt zeigt dem Patienten körperliche Folgeschäden seines Alkoholkonsums auf, der Partner droht mit Trennung und der Arbeitgeber mit Kündigung. Die Männer waren durchschnittlich in einer fortgeschritteneren Phase der Alkoholkrankheit (siehe Seite 59), Leidensdruck war eher zu erwarten. Außerdem läßt sich aufgrund der Ergebnisse vermuten, daß Leidensdruck für Männer noch notwendiger als für Frauen ist, endgültig eine Behandlung aufzunehmen.

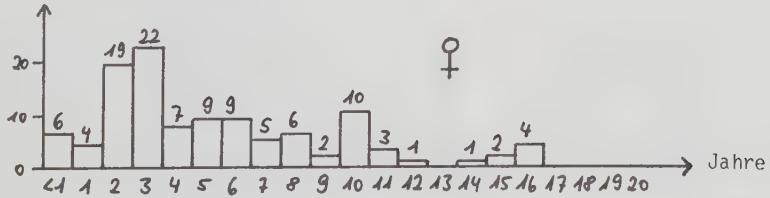
Frauen wurden eher von Freunden, Arbeitskollegen und eigenen Kindern zu ihrem Entschluß veranlaßt. Mehr Frauen gaben an, aus eigenem Entschluß die Behandlung begonnen zu haben.
Frauen konsumieren Alkohol seltener in Gesellschaft (siehe Seite 172ff.) ihr Trinken fällt dadurch seltener anderen auf, so daß sie häufiger ganz von sich aus eine Behandlung aufnehmen müssen.

5.5.11. Dauer der Abhängigkeit (Frage 1o)

Die Patienten wurden gefragt, seit wann sie sich rückblickend abhängig fühlen. Da sich jeder Patient bereits vor dem Zeitpunkt der Befragung intensiv Gedanken über die Entwicklung seiner Krankheit gemacht und diese zu Papier gebracht hatte, konnte er eine überlegte Antwort geben. Durchschnittlich fühlten sich die Männer seit 7,5 Jahren, die Frauen seit 5,4 Jahren abhängig.
Eine Aufschlüsselung gibt Abb. 27.

keine Zeitangabe: 14
fühlt sich nicht abhängig: 3

n_1=274



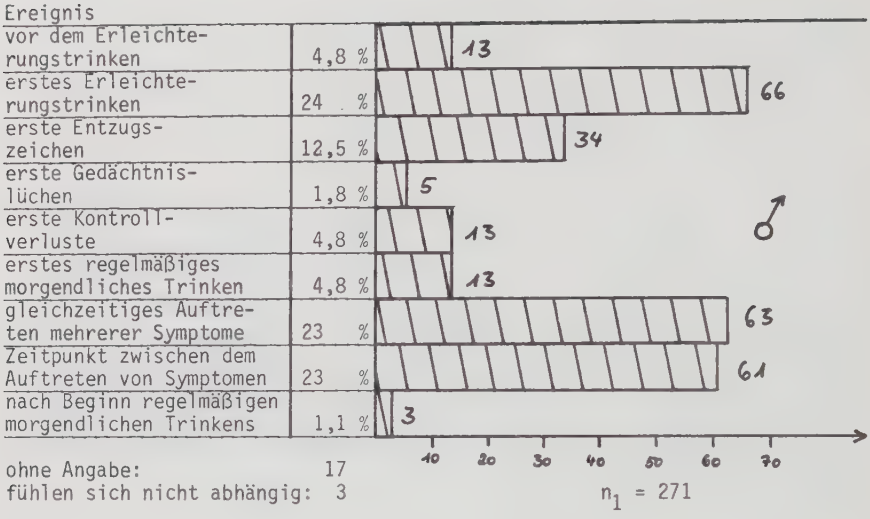
keine Zeitangabe: 4
fühlt sich nicht abhängig: 1

n_2=110

Abb. 27: Dauer der Abhängigkeit entsprechend der Patientenselbstbeurteilung

Nur ein sehr kleiner Teil der Patienten hielt sich weniger als ein Jahr für abhängig. Ein großer Teil der Frauen hielt sich zwei oder drei Jahre für abhängig, ein großer Teil der Männer ein bis sechs Jahre. Mitbedingt durch eine Anzahl sehr lange abhängiger Patienten ergibt sich insgesamt die längere Abhängigkeitsdauer der Männer.

Gibt man die Länge der Abhängigkeit an, so muß ein Parameter gewählt werden, der den Beginn charakterisiert. JELLINEK sah ihn mit dem Erleichterungstrinken zu Beginn der Präalkoholischen Phase als Zeichen einer psychischen Abhängigkeit. Demnach müßte man die Krankheitsdauer mit 11,9 Jahren (Männer) bzw. 9,2 Jahren (Frauen) angeben. In den Augen der Patienten dauerte die Krankheit mit durchschnittlich 7,5 und 5,4 Jahren nicht so lange. Es interessiert somit, mit welchem zeitlich korrelierenden Ereignis die Patienten selbst den Beginn ihrer Krankheit festlegten. Abb. 28 zeigt die Ergebnisse.



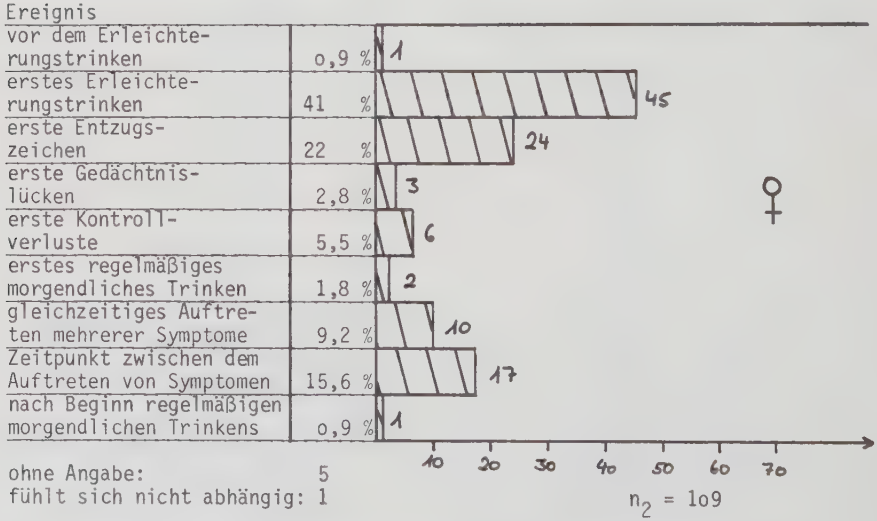


Abb 28: Ereignisse und Zeiträume, mit denen der Beginn der Abhängigkeit von den Patienten gleichgesetzt wurde

Jeweils die größte Gruppe der Frauen und Männer sieht sich rückblickend seit dem Auftreten von Erleichterungstrinken abhängig. Der prozentuale Anteil der Frauen, die sich im Rückblick seit dem Auftreten von Erleichterungstrinken abhängig fühlen, ist mit 41,3 % höher als der der Männer (24,4%). Das gleiche trifft für das Gefühl der Abhängigkeit und Entzugszeichen zu (Frauen 2o,9%, Männer 11,7%). Bei den Männern korrelierte das Abhängigkeitsgefühl seltener mit dem Auftreten spezifischer Symptome der Alkoholkrankheit.

Das häufige Zusammentreffen von Abhängigkeit und Erleichterungstrinken dürfte auf die bereits erfolgte Unterrichtung der Patienten über die Alkoholkrankheit zurückzuführen sein. Die Patienten waren über die Phaseneinteilung JELLINEK's informiert worden und sahen ihr eigenes Krankheitsbild in einem gewissen Ausmaß in dem entsprechenden vorgegebenen Modell. Daneben zeigt die Häufigkeit, mit der ein Symptom mit dem Gefühl des Beginns der Abhängigkeit korreliert, wie stark das Symptom den Patienten auf das Vorhandensein seiner Erkrankung aufmerksam macht. Entzugszeichen wurden wesentlich häufiger mit dem Abhängigkeitsgefühl korreliert als Gedächtnislücken, Kontrollverluste und morgendliches Trinken. Die Notwendigkeit, körperliche Abstinenzerscheinungen mit Alkohol kupieren zu müssen, ist für viele Patienten ein Zeichen, daß sie nicht nur ein deviantes Trinkverhalten aufweisen, sondern wirklich krank sind. Erklärungssysteme wie bei Gedächtnislücken ("das habe ich eben vergessen, vielleicht war ich wirklich betrunken")und bei Kontrollverlusten ("ich habe einen schwachen Willen" oder "heute hatte ich wirklich einen Grund, mehr zu trinken als ich mir ursprünglich vorgenommen hatte") versagen eher bei Entzugszeichen. Morgendliches Trinken ist häufig Folge von Entzugszeichen, rückblickend sahen sich somit viele Patienten bereits früher abhängig. Der Arzt hat das Bestreben, Beschwerden soweit wie möglich zu lindern. Er ist versucht, im Rahmen einer Entzugsbehandlung mittels potenter Medikamente wie dem Clomethiazol (Distraneurin) die Entzugssymptomatik weitgehend zu kupieren. Abgesehen von der Protrahierung der Entzugsphase nimmt er jedoch dem Patienten das für die Therapie der Alkoholkrankheit so wichtige Ziel der Krankheitseinsicht.

Der heutigen Medizin stehen potente Medikamente zur Verfügung, die die Entzugssymptomatik dämpfen können. Sie sollten im Hinblick auf die Therapie der Grundkrankheit vorsichtig gehandhabt und lebensbedrohlichen Fällen vorbehalten werden.

5.5.12. Trinkpausen und vorangegangene Therapien (Fragen 16 und 17)

Unsere Untersuchung geht von einem Zeitpunkt aus, an dem die Patienten sich wegen ihrer Alkoholkrankheit in stationärer Behandlung im Jüdischen Krankenhaus befanden. Es handelte sich bei den meisten Patienten jedoch nicht um den ersten Versuch, vom Alkohol wegzukommen. Ein Charakteristikum der Kritischen Phase nach JELLINEK ist das Auftreten von Perioden völliger Abstinenz (55). Der Alkoholkranke ändert sein Trinksystem. Phasen der Abstinenz sind ein Versuch, das Alkoholproblem zu lösen, außerdem geben sie dem Patienten das Gefühl, mit dem Alkohol kontrolliert umgehen zu können. Alkoholkranke versuchen meist, zuerst ambulant vom Alkohol freizukommen. Selbsthilfegruppen können dem Kranken eine gute Unterstützung dabei geben. Das Jüdische Krankenhaus fordert sogar das Vorliegen mindestens eines vergeblichen Behandlungsversuchs (6o, siehe Seite 18).

53 Männer (18,2%) und 19 Frauen (16,5%) gaben an, durchschnittlich 1,8 bzw. 1,9 stationäre Therapien zuvor gehabt zu haben. 11 Männer und 6 Frauen waren nach diesen Therapien ein Jahr oder länger trocken. Die Tab. 4 und 5 zeigen die Ergebnisse ausführlicher.

	Männer	Frauen
1 Therapie	25	12
2 Therapien	2o	3
3 Therapien	6	2
4 Therapien	1	1
5 Therapien	-	-
6 Therapien	1	-
7 Therapien	-	-
8 Therapien	-	1
Anzahl der Patienten	53	19

Tab. 4: Vorausgegangene stationäre Alkoholentzugstherapien

	Männer	Frauen
Abstinenzdauer weniger als 1 Jahr	35	26
1 Jahr bis weniger als 2 Jahre	2	3
2 Jahre bis weniger als 3 Jahre	5	1
3 Jahre bis weniger als 4 Jahre	1	-
4 Jahre bis weniger als 5 Jahre	-	-
5 Jahre bis weniger als 6 Jahre	-	1
6 Jahre bis weniger als 7 Jahre	1	-
7 Jahre bis weniger als 8 Jahre	-	-
8 Jahre und mehr[+]	2	1
ohne Angabe	47	4

[+] Männer: 11 Jahre, 13 Jahre
Frauen: 8 Jahre

Tab. 5: Dauer der Alkoholabstinenz nach vorausgegangenen stationären Alkoholentzugstherapien.

22o Männer (75,6%) und 98 Frauen (85,2%) gaben an, Trinkpausen gehabt zu haben. Die Männer, die Trinkpausen hatten, hatten durchschnittlich 4,4 Trinkpausen mit durchschnittlich 5,4 Wochen Länge, die Frauen 4,6 Trinkpausen mit durchschnittlich 7,7 Wochen Länge.Die ausführlichen Daten zeigen die Tab. 6 und 7.

Anzahl der Trink-pausen	durchschnittliche Länge der Trinkpausen					
	<1 Woche	1 Wo-<1 Monat	1 Mo-<6 Mo	6 Mo-<1 Jahr	≥1 Jahr	Gesamt
keine	-	-	-	-	-	71
1	1	9	9	9	7	35
2	-	2o	17	5	1	43
3	2	12	7	-	-	21
4	-	7	12	1	-	2o
5	3	13	6	-	-	22
6	1	3	3	-	-	7
7	-	1	2	-	-	3
8	-	2	-	-	-	2
9	-	1	1	-	-	2
1o	2	3	-	-	-	5
11	-	1	-	-	-	1
12	-	1	-	-	-	1
13	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-
15	-	5	-	-	-	5
>15	3	1	1	-	-	5
"einige", "mehrere"	1o	19	1	-	-	3o
"viele"	5	9	1	-	-	15
ohne Angabe	-	-	-	-	-	3
Gesamt	27	1o7	6o	15	8	291

Tab. 6: Trinkpausen der Männer

Anzahl der Trink-pausen	durchschnittliche Länge der Trinkpausen					
	< 1 Woche	1 Wo-<1 Monat	1 Mo-<6 Mo	6 Mo-<1 Jahr	≥1 Jahr	Gesamt
keine	-	-	-	-	-	17
1	-	6	4	2	6	18
2	-	2	6	6	-	14
3	-	8	5	3	-	16
4	1	3	3	1	-	8
5	-	1	4	-	-	5
6	-	2	2	-	-	4
7	-	-	-	-	-	-
8	-	1	1	-	-	2
9	-	-	-	-	-	-
1o	-	-	1	-	-	1
11	-	-	-	-	-	-
12	1	-	-	-	-	1
13	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-
15	1	1	-	-	-	2
>15	2	1	-	-	-	3
"einige", "mehrere"	3	1o	4	-	-	17
"viele"	2	3	1	-	-	6
ohne Angabe	-	-	-	-	-	1
Gesamt	1o	38	31	12	6	115

Tab. 7: Trinkpausen der Frauen

Mehr Frauen gaben Trinkpausen an als Männer. Die Anzahl der Trinkpausen pro Patient war nahezu gleich, die Trinkpausen der Frauen waren jedoch durchschnittlich länger.

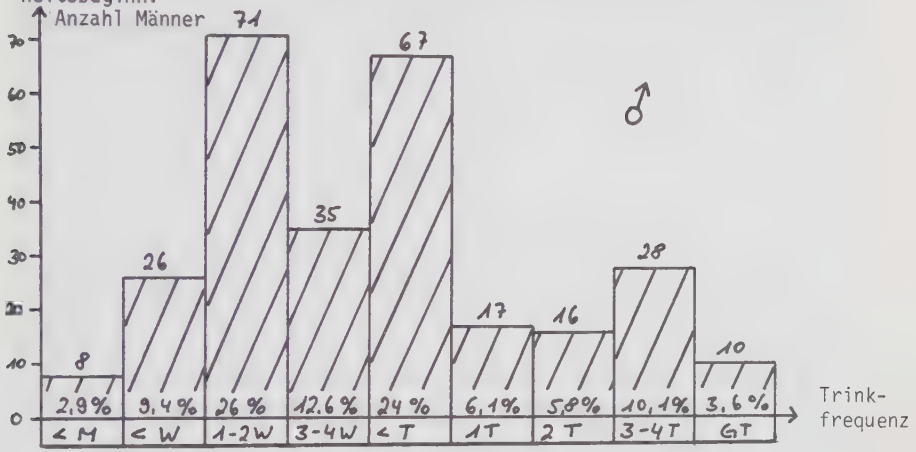
5.6. Trinkverhalten vor Krankheitsbeginn (Fragen 12.o-12.1o.)

Die Patienten wurden nach Häufigkeit des Alkoholkonsums, sozialen Umständen, heimlichen Trinken, konsumierter Alkoholmenge und Getränkeart gefragt. Abb. 77-96 geben einen Überblick über die Entwicklung während der einzelnen Phasen, zuvor soll jedoch eine genauere Betrachtung der Merkmale während der einzelnen Phasen durchgeführt werden.

Erleichterungstrinken kennzeichnet nach JELLINEK den Beginn der ersten Phase der Alkoholkrankheit (siehe Seite 12). Die Patienten wurden mit den Fragen 12.1. bis 12.1o. über die Zeit vor dem Erleichterungstrinken befragt. Nach dem Krankheitsmodell JELLINEK's handelt es sich somit um die Zeit vor Krankheitsbeginn. Entsprechend sahen 24% der Männer und 41% der Frauen retrospektiv den Beginn des Erleichterungstrinkens auch als Krankheitsbeginn . 13 Männer (4,8%) und eine Frau (o,9%) sahen sich jedoch schon vor dem Erleichterungstrinken alkoholabhängig (siehe Seite 86). Drei Männer gaben an, kein Erleichterungstrinken gehabt zu haben. Dennoch kann für die Mehrzahl der Patienten das Trinkverhalten vor Beginn des Erleichterungstrinkens ein Hinweis für die Zeit vor Krankheitsbeginn sein und somit als Ausgangspunkt für den weiteren Verlauf dienen.

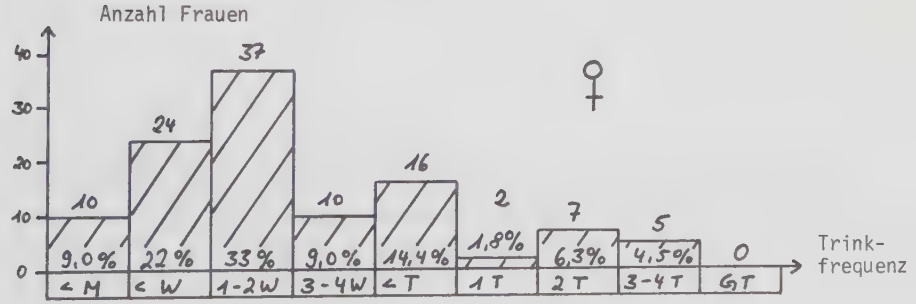
5.6.1. Trinkfrequenz

Abb. 27 gibt einen Überblick über die Häufigkeit des Trinkens vor Krankheitsbeginn.



Phase entfällt: 12
ohne Angabe: 1 (0,4%)

n_1=278



Phase entfällt: 3
ohne Angabe: 1 (0,9%)

n_2=111

GT = während des ganzen Tages
3-4 T = 3-4mal täglich
2 T = 2mal täglich
1 T = 1mal täglich

< T = fast jeden Tag
3-4 W = 3-4mal pro Woche
1-2 W = 1-2mal pro Woche
< W = weniger als einmal pro Woche
< M = weniger als einmal pro Monat

Abb. 29: Trinkfrequenz vor Krankheitsbeginn

Der Median[+] für Männer liegt bei 3-4mal pro Woche, für Frauen bei 1-2mal pro Woche. Die Trinkfrequenz der Männer war somit größer als die der Frauen. Das zeigt sich auch darin, daß mehr Frauen seltenes als einmal wöchentlich oder einmal monatlich und weniger Frauen täglich tranken als Männer.

[+]Wenn alle Einzelergebnisse in aufsteigender Reihenfolge geordnet wurden (z.B. < M, < M, < W, ..., < T, 1 T, 1 T, ..., GT, GT), so ist der Median der Wert, der gleich viel kleinere Meßwerte unter sich wie größere über sich hat.

5.6.2. Trinkgelegenheit

Den Patienten wurden verschiedene Anlässe vorgegeben, zu denen häufig getrunken wird: bei der Arbeit, bei geselligen Anlässen im kleinen Rahmen (wie z.B. am Stammtisch) sowie im größeren Rahmen (z.B. Feier, Party), beim Mittag- und Abendessen und Fernsehen sowie alleine und morgens. Außerdem hatten die Patienten die Möglichkeit, weitere Anlässe anzugeben. Abb. 3o zeigt die Ergebnisse der Befragung.

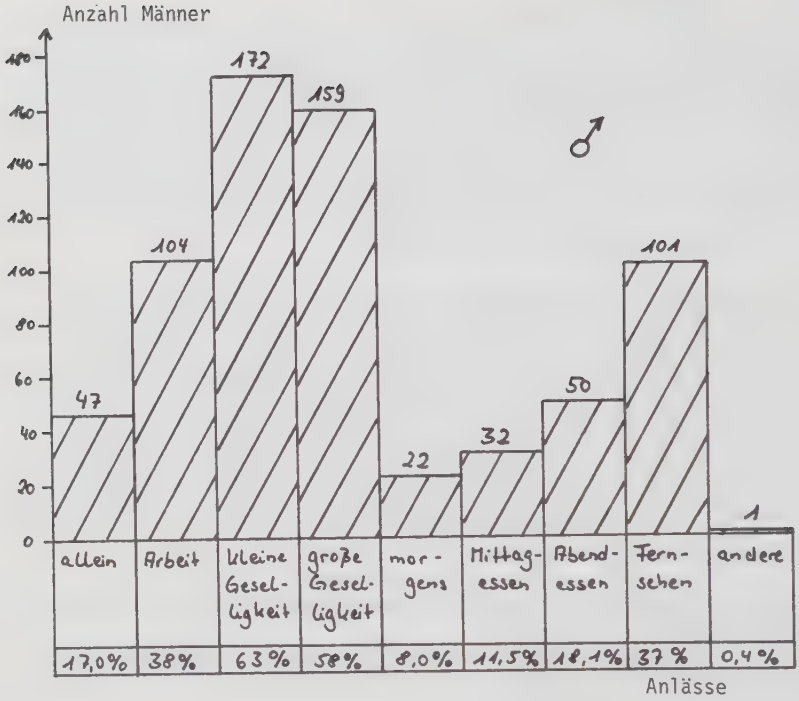
Vor Krankheitsbeginn wurde vor allen Dingen zu geselligen Anlässen Alkohol konsumiert. Männer bevorzugten gesellige Anlässe in kleinem Rahmen, Frauen in großem Rahmen. Eine wichtige Rolle spielt ebenfalls die Gewohnheit, beim Fernsehen alkoholische Getränke zu sich zu nehmen. Männer konsumierten ähnlich häufig Alkohol bei der Arbeit, sie unterscheiden sich dabei deutlich von den Frauen. Einerseits waren weniger Frauen berufstätig (siehe Seite 35), eine wichtigere Rolle dürften jedoch zwei andere Faktoren spielen:

1. Frauen haben seltener Berufe, bei denen es üblich ist, Alkohol während der Arbeitszeit zu konsumieren.
2. Frauen, die im Berufsleben Alkohol konsumieren, sind bei uns weniger gesellschaftsfähig als Männer, die das gleiche tun.

5.6.3. Heimliches Trinken

Die Patienten wurden gebeten, Stellung zu beziehen, ob sie in der jeweiligen Phase der Alkoholkrankheit heimlich getrunken haben oder nicht. 25 Männer (9,o%) und 14 Frauen (12,5%) gaben an, vor Beginn der Präalkoholischen Phase heimlich getrunken zu haben.

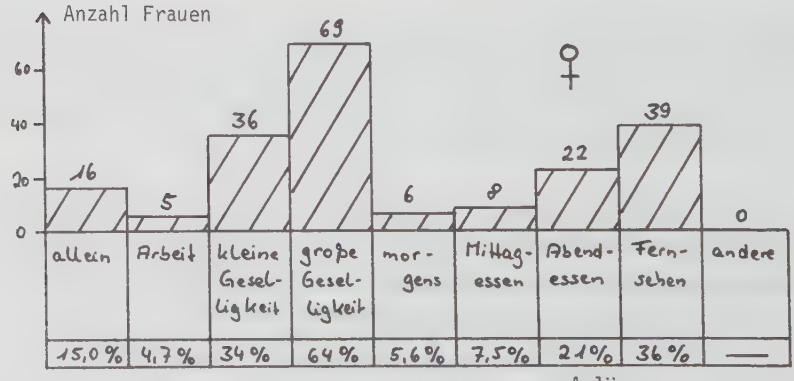
Es wäre anzunehmen, daß heimliches Trinken als Symptom der Alkoholkrankheit (Merkmal der Prodromalphase nach JELLINEK - 55) nicht bereits vor Beginn der Erkrankung auftritt. Daß dennoch ein Teil der befragten Personen schon vorher heimlich trank, läßt sich folgendermaßen erklären:



ohne Angabe: 3
Phase entfällt: 12

- prozentualer Anteil der positiven Antworten

n_1=276



ohne Angabe: 5
Phase entfällt: 3

- prozentualer Anteil der positiven Antworten

n_2=107

Abb. 3o: Anlässe, zu denen vor Krankheitsbeginn getrunken wurde

1. Manche Patienten hatten bereits sehr früh Erleichterungstrinken. Die Zeit vor der Präalkoholischen Phase war kurz, und die Personen befanden sich noch in einem Alter, in dem Alkoholgenuß von Eltern, Lehrern und Vorgesetzten nicht toleriert wurde. Sie tranken somit nicht aus Scham vor dem Erkennen pathologischen Trinkverhaltens seitens der Umgebung, sondern aus Angst vor Strafe heimlich.

2. In einigen Gruppen unserer Gesellschaft wird Alkoholgenuß weniger toleriert, so daß ein Teil der Patienten aus diesem Grund heimlich trank.

3. Die 42 Merkmale der Alkoholkrankheit nach JELLINEK müssen nicht immer zwingend in der von ihm beschriebenen Reihenfolge ablaufen. Erleichterungstrinken wird zwar als erstes Symptom der Alkoholkrankheit von JELLINEK angegeben und ebenfalls von vielen Patienten als Beginn ihrer Krankheit akzeptiert (siehe Seite 86), dennoch schließt das nicht aus, daß wenige Patienten bereits vor dem Erleichterungstrinken andere Symptome der Alkoholkrankheit aufwiesen.

5.6.4. Trinkmenge Alkohol

Die Patienten wurden nach der Menge der konsumierten einzelnen Getränkesorten gefragt. Addiert man die Ergebnisse, so erhält man die gesamte Trinkmenge.

Vor Beginn der Präalkoholischen Phase tranken die Männer durchschnittlich 46,3 g, die Frauen 19,4 g reinen Alkohol täglich. Diese Werte erscheinen auf den ersten Blick hoch, handelt es sich in dieser Phase doch um das Trinkverhalten von Menschen, die noch nicht abhängig sind. Betrachtet man aber den Durchschnittsverbrauch der Bundesbürger an Alkohol, so stellt man fest, daß jeder Deutsche vom Säugling bis zum Greis 1981 durchschnittlich 12,44l reinen Alkohol trank (95), das sind 9,95 kg. Daraus errechnet sich ein durchschnittlicher Tagesverbrauch von 27,3 g Alkohol pro Person, ein Wert, der zwischen dem täglichen Alkoholverbrauch der hier untersuchten Frauen und Männer liegt, bevor ihre Alkoholkrankheit begann. Berücksichtigt man, daß auch Säuglinge, Kinder und Jugendliche in dieser Rechnung enthalten sind, so liegt die durchschnittliche Trinkmenge bundesdeutscher Erwachsener über der Durchschnittsmenge der untersuchten Patienten vor Krankheitsbeginn. Abb. 31 zeigt die Verteilung der Trinkmengen der untersuchten Patienten.

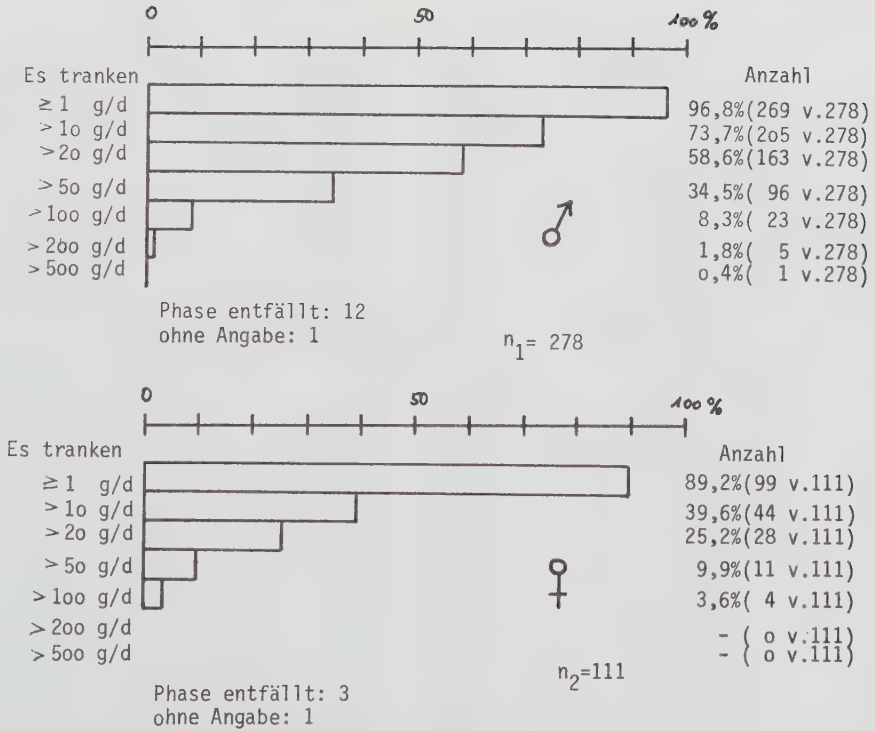


Abb. 31: Konsumierte Alkoholmenge vor Krankheitsbeginn

Auch andere Untersuchungen zeigten, daß gesunde Frauen weniger Alkohol konsumieren als gesunde Männer (siehe Seite 172).

5.6.5. Bevorzugtes alkoholisches Getränk

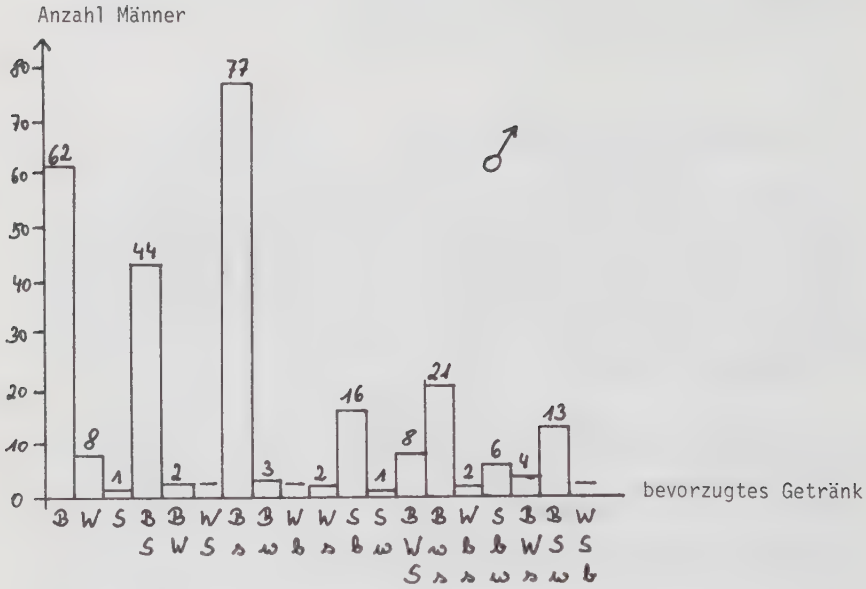
Verschiedenen alkoholhaltigen Getränken wird unterschiedliche suchtinduzierende Potenz zugeschrieben. Einerseits erwächst diese Haltung aus wirtschaftlichen Interessen, andererseits versucht der Alkoholiker häufig, das Alkoholproblem zu meistern, indem er von einer zu einer anderen Getränkeart wechselt. So stellen sich für den Untersucher des Trinkverhaltens verschiedene Fragen:

1. Werden verschiedene Getränke in den einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit bevorzugt?
2. Gibt es eine "Einstiegsdroge"?
3. Existieren Unterschiede zwischen Frauen und Männern?

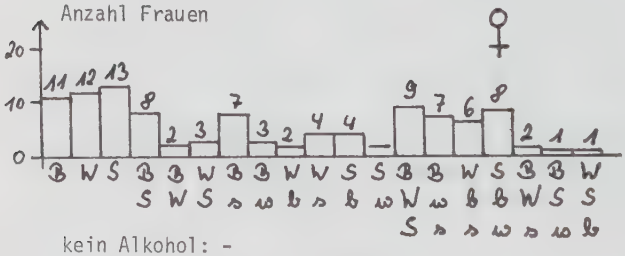
In dieser Untersuchung wurde das bevorzugte Getränk mittels zweier Methoden errechnet:

1. Die konsumierte Menge der verschiedenen Getränkearten wurde bei jedem einzelnen Patienten verglichen. Es wurde angegeben, ob er ausschließlich eine Getränkeart trank, ob er eine Getränkeart bevorzugte oder mehrere Getränke in etwa der gleichen Menge trank.
2. Die durchschnittliche Trinkmenge jeder Getränkeart wurde errechnet und verglichen.

Abb. 32 zeigt das Ergebnis der ersten Methode. Es wurden hier wie im folgenden grundsätzlich nur Getränke berechnet, die mindestens einmal im Monat konsumiert wurden.



kein Alkohol: 2
Alkohol seltener als einmal monatlich: 7 n_1=27o
Phase entfällt: 2



kein Alkohol: -
Alkohol seltener als einmal monatlich: 9 n_2=1o3
Phase entfällt: 3

Abb. 32: Bevorzugte alkoholische Getränke und Kombinationen von Getränken vor Krankheitsbeginn

(Erklärung siehe nächste Seite)

Erklärung zu Abb. 32:

B = Bier
W = Wein
S = Spirituosen

BS: o,5 S $\leq$ B $\leq$ 2 S,
BW: o,5 W $\leq$ B $\leq$ 2 W
WS: o,5 S $\leq$ W $\leq$ 2 S

d.h. diese Patienten tranken mindestens die Hälfte der Menge Alkohol in Form von Spirituosen im Vergleich zu Bier oder höchstens die doppelte Menge Alkohol in Form von Spirituosen im Vergleich zu Bier.

Bs: B > 2 S
Bw: B > 2 W
Wb: W > 2 B
Ws: W > 2 S
Sb: S > 2 B
Sw: S > 2 W

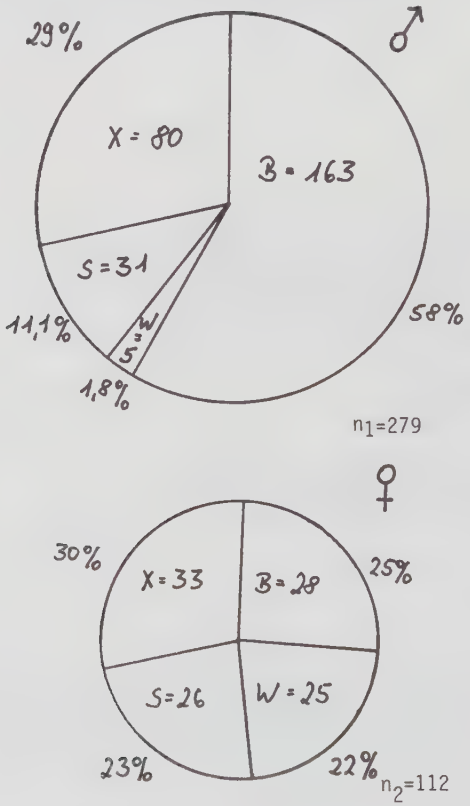
BWS: o,5 W < B < 2 W und o,5 S < W < 2 S
bzw. o,5 B < W < 2 B und o,5 S < B < 2 S
bzw. o,5 B < S < 2 B und o,5 W < B < 2 W
bzw. o,5 S < B < 2 S und o,5 W < S < 2 W
bzw. o,5 S < W < 2 S und o,5 B < S < 2 B
bzw. o,5 W < S < 2 W und o,5 B < W < 2 B

Bws: B > 2 W und B > 2 S
Wbs: W > 2 B und W > 2 S
Sbw: S > 2 B und S > 2 W

BWs: o,5 W < B < 2 W und B > 2 S und W > 2 S
BSw: o,5 B < S < 2 B und B > 2 W und S > 2 W
WSb: o,5 S < W < 2 S und W > 2 B und S > 2 B

Wurde eine Getränkeart seltener als einmal monatlich konsumiert, so wurde die Menge als 0 gewertet, und das Getränk ging nicht in die Wertung ein.

Wenn man ein bevorzugtes Getränk definiert als ein Getränk, das alkoholmengenmäßig mehr als doppelt so viel konsumiert wird wie jedes einzelne andere Getränk, so kommt man zu folgendem Ergebnis:



bevorzugtes alkoholisches Getränk: B = Bier S= Spirituosen
W = Wein/Sekt

X: kein bevorzugtes alkoholisches Getränk oder keine Angabe oder Trinkhäufigkeit unter einmal monatlich.

Abb. 33: Bevorzugtes alkoholisches Getränk vor Krankheitsbeginn

Die Frauen tranken vor der Präalkoholischen Phase etwa gleich gerne Bier, Wein oder Spirituosen. Die Männer dagegen bevorzugten Bier. Spirituosen und besonders Wein wurden in wesentlich geringeren Mengen konsumiert. Betrachtet man Abb.32,so wird deutlich, daß Männer zwar Bier meist bevorzugten, häufig den Bierkonsum aber mit Spirituosen kombinierten (BS,Bs,Sb). 71 Männer (24,4%) und 36 Frauen (31,1%) tranken nur eine Getränkeart; die anderen Patienten kombinierten mehrere Getränkearten. Prozentual mehr Frauen als Männer tranken Wein und Spirituosen.

5.6.6. Trinkmenge Bier

Die unter 5.6.5. genannten Ergebnisse lassen bereits vermuten, daß der Bierkonsum der Männer höher ist. Die Männer tranken täglich durchschnittlich 28,9 g, die Frauen 8,o g reinen Alkohol in Form von Bier. Eine genauere Aufschlüsselung zeigt Abb. 34.

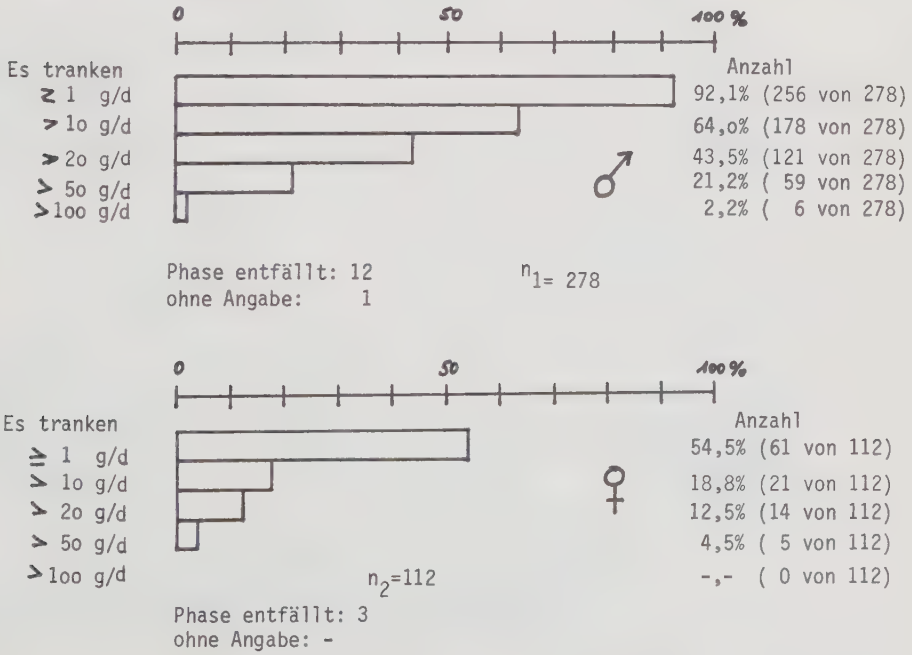


Abb. 34: Konsumierte Biermenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) vor Krankheitsbeginn

14 Männer (4,8%) und 35 Frauen (3o,4%) tranken kein Bier.

5.6.7. Trinkmenge Wein und Sekt

Die Männer tranken täglich durchschnittlich 2,8 g Alkohol in Form von Wein und Sekt, die Frauen 6,3 g täglich. 2o9 Männer (75,2%) tranken keinen Wein, weitere 15 (5,4%) tranken sehr wenig (durchschnittlich weniger als 1 g täglich). Wesentlich weniger Frauen verzichteten auf Wein und Sekt: 49 Männer (25,2%) und 17 Frauen (32,2%) tranken durchschnittlich weniger als einmal täglich. Im Gegensatz zu manchen anderen Ländern, wie z.B. Frankreich ist für viele Menschen in Deutschland Wein ein Getränk, das nur zu besonderen geselligen Anlässen getrunken wird, so daß eine insgesamt berechnete tägliche Durchschnittsmenge gering ausfällt.

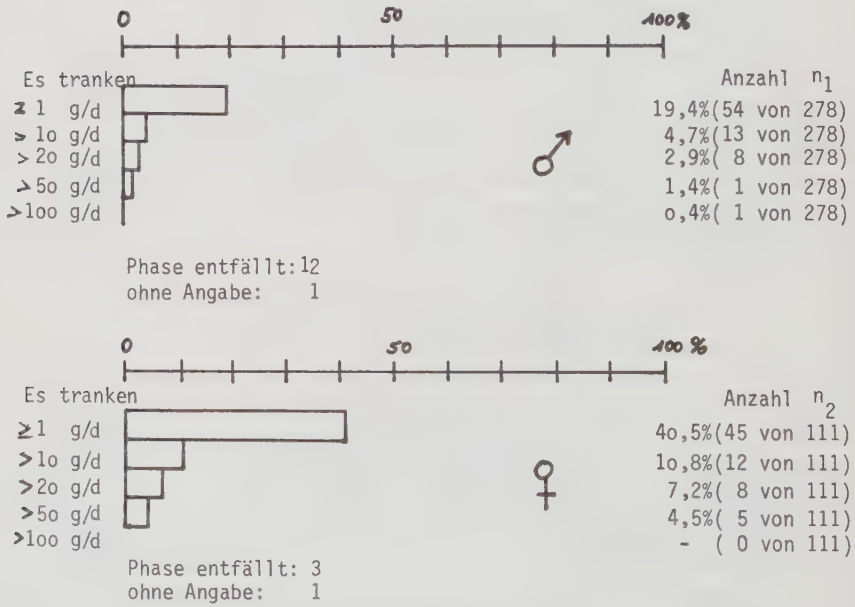


Abb. 35: Konsumierte Wein- und Sektmenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) vor Krankheitsbeginn

5.6.8. Trinkmenge Spirituosen

Die Männer tranken durchschnittlich 14,6 g Alkohol in Form von Spirituosen pro Tag, die Frauen 5,1 g. 78 Männer (28,1%) und 41 Frauen (36,9%) tranken keine Spirituosen, ein kleinerer Teil (5 bzw. 4) trank pro Tag weniger als 1 g Alkohol in Form von Spirituosen.

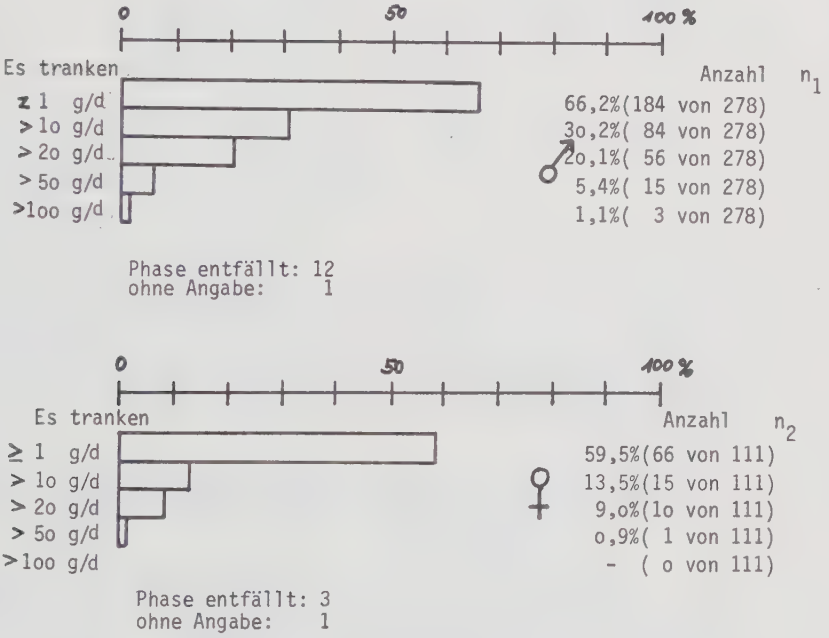
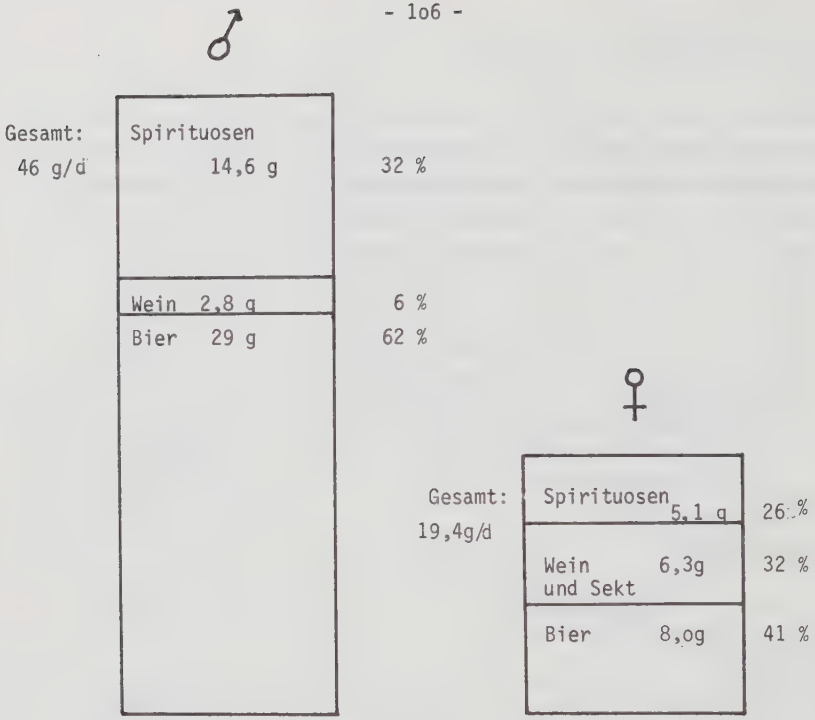


Abb. 36: Konsumierte Spirituosenmenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) vor Krankheitsbeginn

Die täglich konsumierte Gesamtmenge setzt sich zusammenfassend aus den einzelnen Getränkearten wie folgt zusammen:



Wein und Sekt

Abb. 37: Tägliche Trinkmengen reinen Alkohols vor Krankheitsbeginn - unterteilt in einzelne Getränkearten

Frauen tranken etwa gleich viel Bier, Wein und Spirituosen. Bei den Männern war Bier das weitaus beliebteste Getränk.

5.6.9. Biersorten

Nach den einzelnen Bier-, Wein- und Spirituosensorten wurde aus zwei Gründen gefragt:

1. Zur Berechnung der konsumierten Alkoholmenge. Bier-, Wein und vor allem Spirituosensorten unterscheiden sich zum Teil erheblich in ihrem Alkoholgehalt. Als Berechnungsgrundlage diente eine Übersicht über verschiedene alkoholische Getränke im Alkohol-Alkoholismus-Lexikon von GERCHOW und HEBERLE (41), sowie Angaben von HERBER et al. (45) (siehe Tab. A im Anhang).

2. Eine genauere Übersicht über das Trinkverhalten wird dadurch gegeben.

   Folgende Biersorten wurden vorgegeben:

   a) Starkbier (Bock, Doppelbock, Märzenbier)

   b) Pils, Export-, Alt- und Lagerbier, Weizenbier

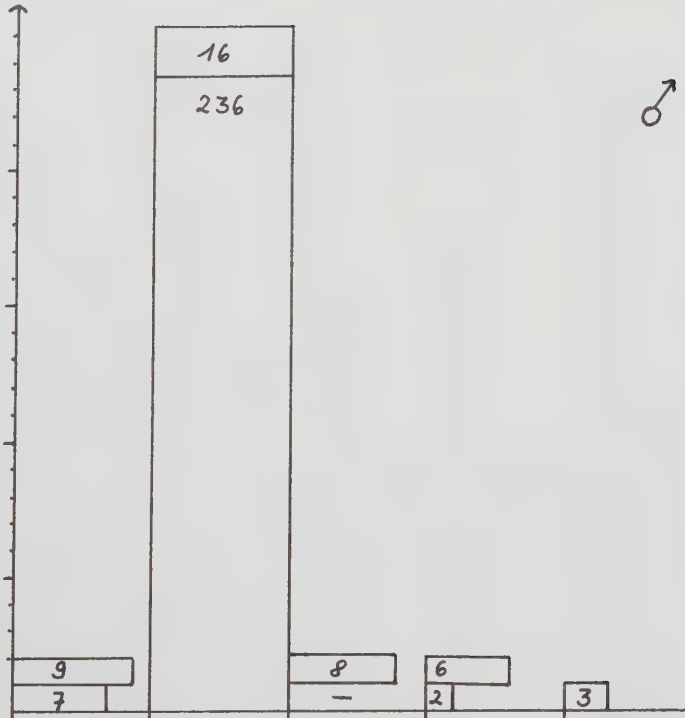
   c) "Berliner Weiße"

   d) Malzbier.

Außerdem konnten die Patienten andere Biersorten angeben. Abb. 38 zeigt die Verteilung der einzelnen Biersorten bei Frauen und Männern. Die Patienten gaben zum Teil mehrere Biersorten an. Der obere Teil der Säulendiagramme zeigt jeweils die Biersorten, die kombiniert mit anderen Biersorten angegeben wurden, der untere Teil die Zahl der Einzelnennungen.

(Erklärung siehe S. 94)

Anzahl Männer



Starkbier	Pils etc.	Berliner Weiße	Malzbier	andere Biere	Biersorten
6,1 %	95 %	3,0 %	3,0 %	1.1 %	einziges Bier+Kombinationen
2,7 %	88 %	—	0,8 %	1,1 %	einziges Bier

Phase entfällt: 12
kein Bier: 14
ohne Angabe: 1
Kombinationen v. verschiedenen
Biersorten: 16 n_1=264

Starkbier	Pils etc.	Berliner Weiße	Malzbier	[illegible] Biere	Biersorten
12,3 %	88 %	2,7 %	—	—	einziges Bier u. Kombinationen
11,0 %	82 %	—	—	1,4 %	einziges Bier

Phase entfällt: 3
kein Bier: 35
ohne Angabe: 4
Kombinationen von verschiedenen Biersorten: 4

$n_2 = 73$

Abb. 38: Anzahl der Patienten, die verschiedene Biersorten vor Krankheitsbeginn konsumierten
Unterer Teil der Säule: Biersorte, die als einzige konsumiert wurde.
Oberer Teil der Säule: Biersorte, die in Kombinationen mit anderen Biersorten konsumiert wurde.

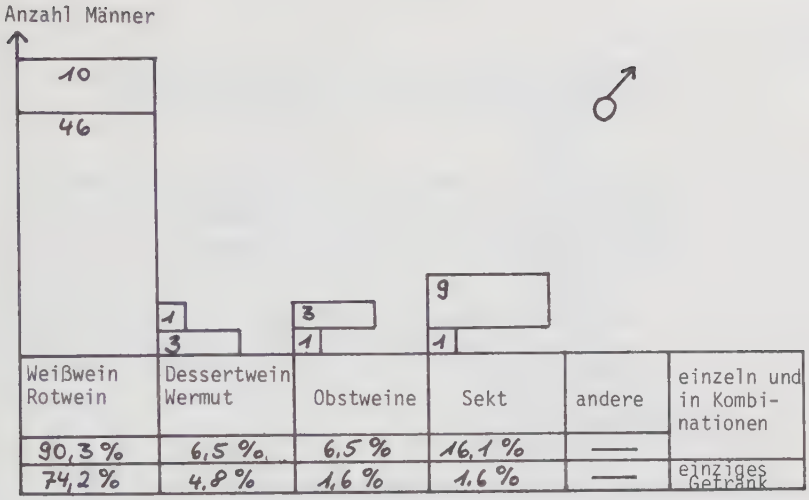
Sowohl Männer als auch Frauen bevorzugten die unter Nummer 2 vermerkten Biere. Viele Patienten unterstrichen unaufgefordert das Wort Pils, so daß zu vermuten ist, daß Pils das am häufigsten getrunkene Bier ist. Relativ mehr Frauen als Männer tranken Starkbier, die anderen Biersorten wurden selten, und dann meist nur in Kombination mit den ersteren konsumiert. Als zusätzliche Biere wurden von den Männern "Helles", "Kölsch" und Diät-Bier genannt. Eine Frau führte Diät-Bier an. Im Interview gaben beide Patienten an, das Diät-Bier wegen eines Diabetes mellitus zu sich genommen und deshalb auf andere Biere verzichtet zu haben.

5.6.1o. Weinsorten und Sekt

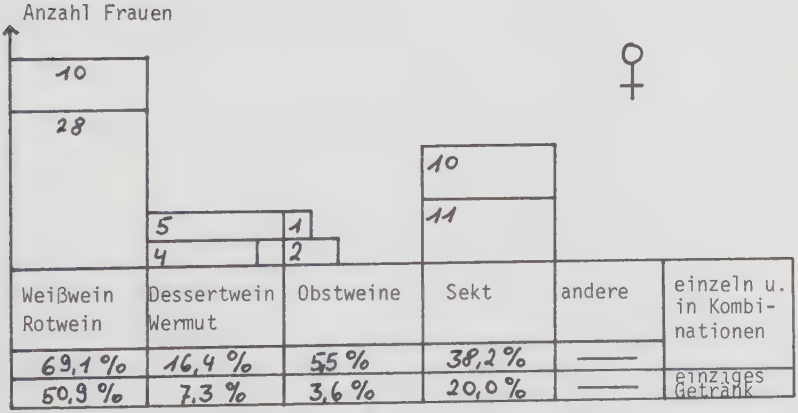
Unter der Rubrik "Wein und Sekt" wurden folgende Getränke vorgegeben:

1. Weißwein, Rotwein
2. Dessertwein, Wermut
3. Obstweine
4. Sekt

Außerdem bestand die Möglichkeit, andere Getränke zu nennen.
Abb. 39 zeigt die Verteilung der oben genannten Getränke bei Männern und Frauen. Zum Aufbau gilt das auf Seite 1o7 Gesagte.



Phase entfällt: 12
kein Wein/Sekt: 2o9
ohne Angabe: 8
Kombinationen von mehreren Weinsorten und/oder Sekt: 11 n_1=62



Phase entfällt: 3
kein Wein/Sekt: 49
ohne Angabe: 8
Kombinationen von mehreren Weinsorten und/oder Sekt: 1o n_2=55

Abb. 39: Anzahl der Patienten, die verschiedene Weinsorten und Sekt vor Krankheitsbeginn konsumierten. Unterer Teil der Säule:Weinsorte oder Sekt,die als einzige konsumiert wurde (Fortsetzung S.112)

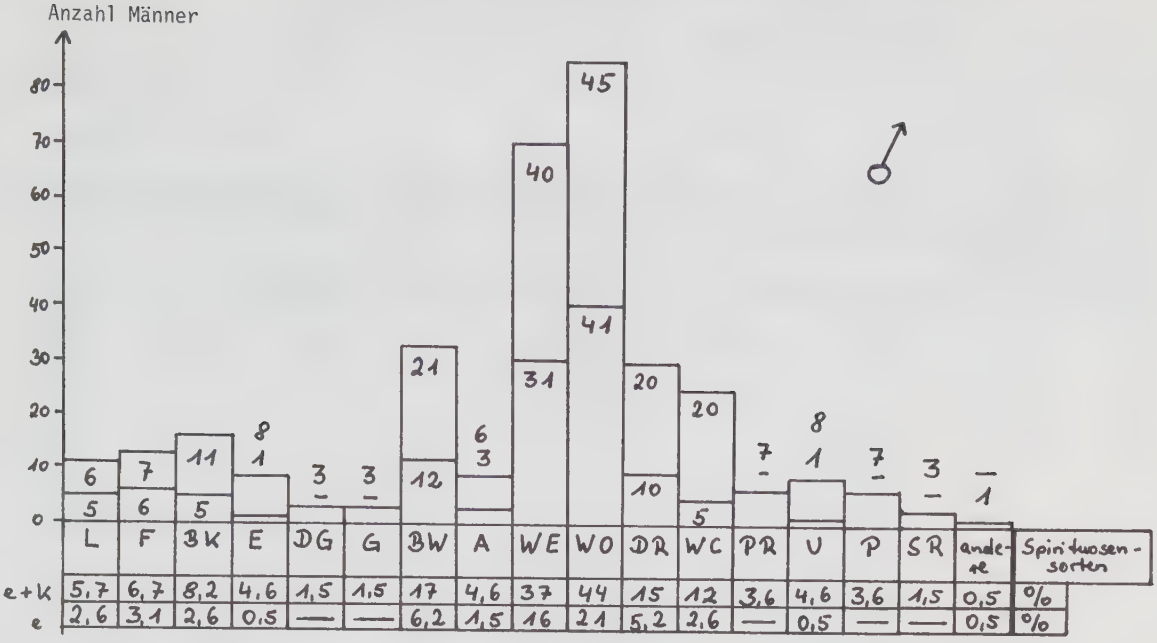
Fortsetzung Erklärung Abb. 39:
Oberer Teil der Säule: Weinsorte oder Sekt, die in Kombinationen mit anderen Weinsorten oder Sekt konsumiert wurden.

Sowohl Männer als auch Frauen tranken am häufigsten Rot- und Weißwein. Männer tranken jedoch fast nur diese beiden Weine, während Frauen häufiger als Männer Dessertwein, Wermut und vor allem Sekt tranken.

Andere als die vorgegebenen Weinsorten und Sekt wurden nicht angegeben.

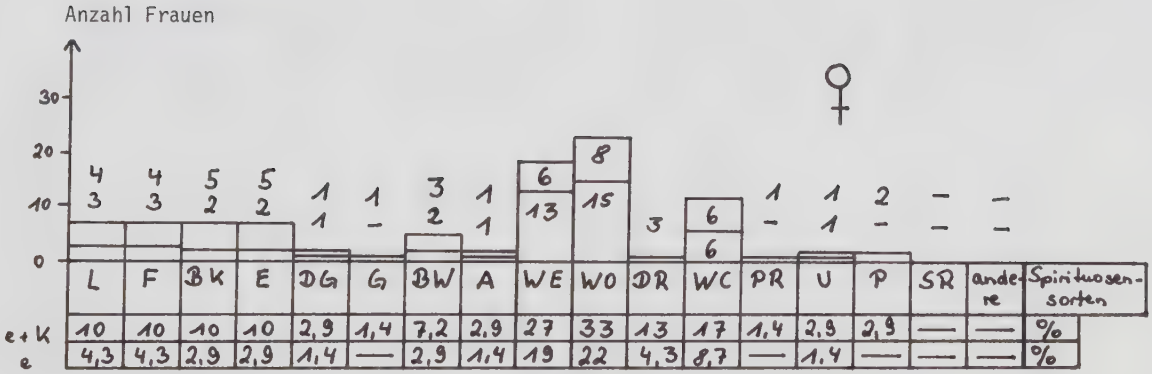
5.6.11. Spirituosensorten

Es wurden 16 Spirituosensorten vorgegeben (siehe Seite 115).
Abb. 4o zeigt die Verteilung der genannten Getränke bei Männern und Frauen.



Phase entfällt: 12
keine Spirituosen: 78
ohne Angabe: 7
Kombinationen: 73

$n_1 = 194$



Phase entfällt: 3
keine Spirituosen: 41
ohne Angabe: 2
Kombinationen: 17

n_2= 69

Abb. 4o: Anzahl der Patienten, die verschiedene Spirituosensorten vor Krankheitsbeginn konsumierten.
Unterer Teil der Säule: Spirituosensorte, die als einzige konsumiert wurde. Oberer Teil der Säule: Spirituosensorte, die in Kombination mit anderen Spirituosensorten konsumiert

Erklärung zu Abb. 4o:

e = als einziges Getränk angegeben

e + K= als einziges Getränk angegeben und als Kombination mit anderen Getränken angegeben.

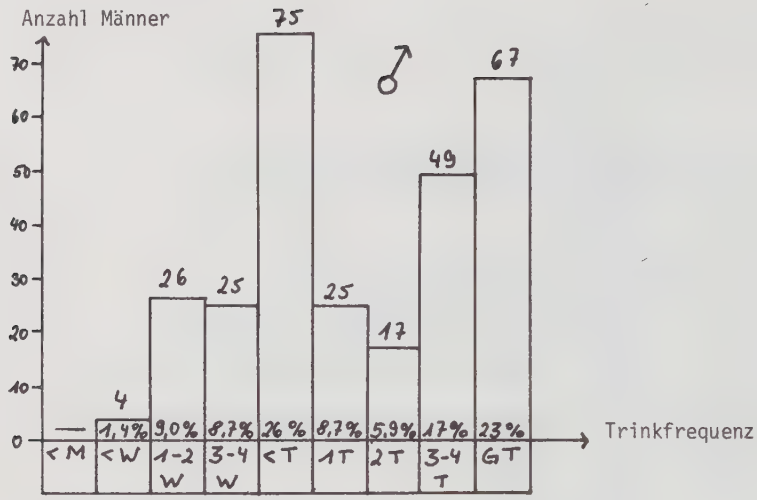
L : Liköre (Eier-,Sahne-,Schokoladenlikör)
F : Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.
BK: Bitterliköre, Kräuterliköre (Stonsdorfer),Curacao usw.
E : Edelkirsch, Jägermeister usw.
DG: Danziger Goldwasser
G : Grand Marnier usw.
BW: Branntweine (Bitter, Klarer,Korn Wacholder)
A : Aquavit, Kümmerling, Sechsämtertropfen
WE: Weinbrand, Arrak, Genever, Gin, Obstler, Edelkorn usw.
WO: Wodka
DR: Doppelkorn, Rum, Steinhäger, Bacardi, Slivovitz,Obstbrand
WC: Whisky, Calvados
PR: Pernod, Raki
U : Underberg
P : Pott-Rum
SR: Stroh-Rum

Die Frauen tranken etwas häufiger Liköre, Getränke,die im Vergleich zu den anderen Spirituosen eine geringe Alkoholkonzentration haben ($\leq$ 3o Vol%). Edelkirsch, Jägermeister und Whisky (Calvados) wurden relativ häufiger von Frauen getrunken, Branntweine und Wodka häufiger von Männern.

5.7. Trinkverhalten während der Präalkoholischen Phase(Fragen 13.o-13.11.)

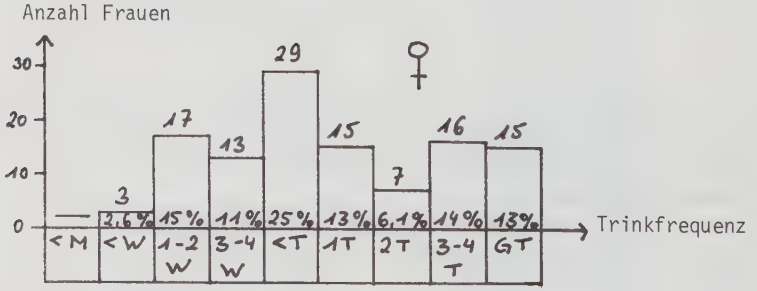
Den Patienten wurden die gleichen Fragen zur Präalkoholischen Phase - gekennzeichnet durch das Leitsymptom Erleichterungstrinken - vorgelegt. Bei drei Männern konnte diese Phase nicht gewertet werden, da sie kein Erleichterungstrinken angaben.

5.7.1. Trinkfrequenz



Phase entfällt: 3
ohne Angabe: -

n_1 = 288



Phase entfällt: -
ohne Angabe: -

n_2 = 115

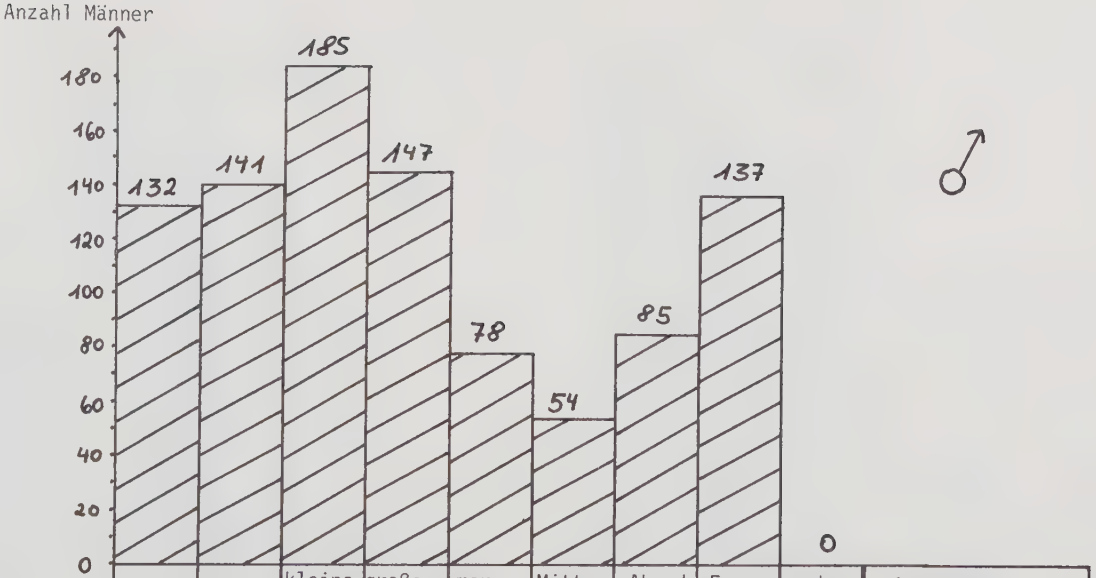
Abb. 41: Trinkfrequenz während der Präalkoholischen Phase
(Erklärung siehe S. 117)

Erklärung zu Abb. 41:

GT	= während des ganzen Tages
3-4T	= 3-4mal täglich
2T	= 2mal täglich
1T	= 1mal täglich
<T	= fast jeden Tag
3-4W	= 3-4mal pro Woche
1-2W	= 1-2mal pro Woche
<W	= weniger als 1mal pro Woche
<M	= weniger als 1mal pro Monat

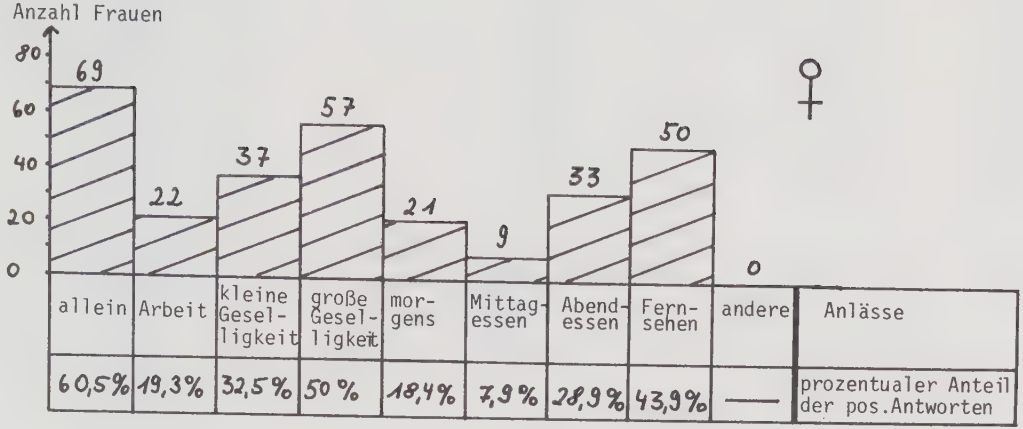
Der Median (Erklärung siehe S.) für Männer liegt bei 1T (einmal täglich), für Frauen bei <T (fast jeden Tag). Erwartungsgemäß ist der prozentuale Anteil der Frauen, die seltener als täglich tranken, jeweils höher und der Anteil der Frauen, die drei- bis viermal täglich und den ganzen Tag tranken, geringer als der der Männer.

Die Trinkfrequenz der Frauen ist somit nicht nur vor Beginn der Alkoholkrankheit, sondern auch zur Zeit der Präalkoholischen Phase geringer als die der Männer.



ohne Angabe: 3
Phase entfällt: 5

$n_1 = 283$



ohne Angabe: 1
Phase entfällt: -

n_2=114

Abb. 42: Anlässe, zu denen während der Präalkoholischen Phase getrunken wurde

Diskussion der Ergebnisse siehe Seite 172ff.

5.7.3. Heimliches Trinken

126 Männer (43,8%) und 77 Frauen (67,o%) tranken während der Präalkoholischen Phase heimlich. 6 Männer (2,o%) und 4 Frauen (3,5%) machten keine Angabe über heimliches Trinken.

5.7.4. Trinkmenge Alkohol

Während der Präalkoholischen Phase tranken die Männer durchschnittlich 184,7 g, die Frauen 1o4,4 g reinen Alkohol täglich. 1 Mann machte keine ausreichenden Angaben, 3 Männer wurden nicht mitgezählt, da sie kein Erleichterungstrinken hatten.

Abb. 43 zeigt die Verteilung der Trinkmengen bei einzelnen Personen.

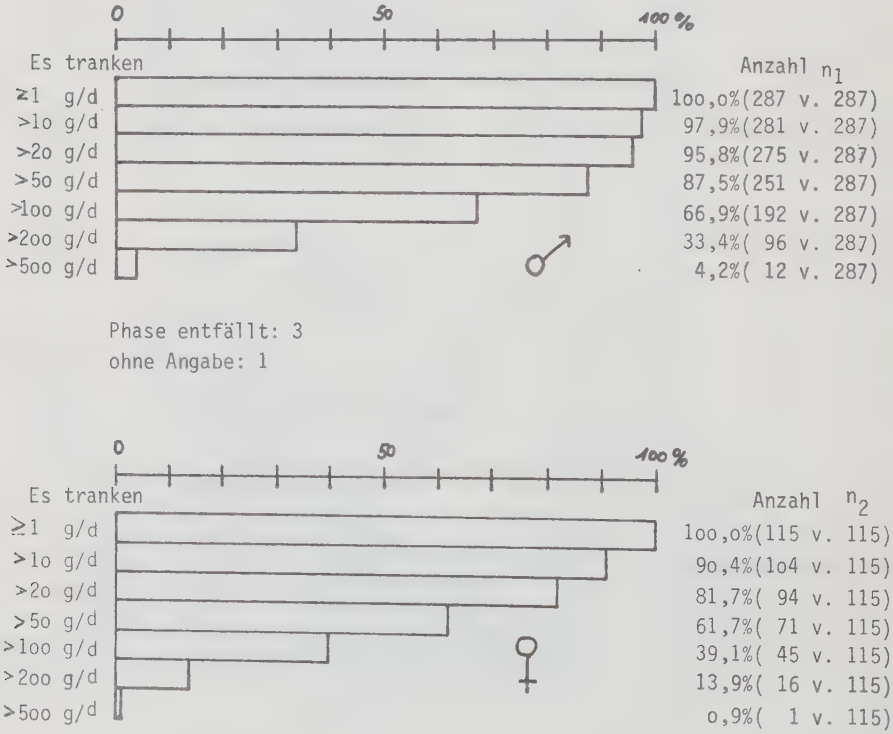


Abb. 43: Konsumierte Alkoholmenge während der Präalkoholischen Phase

5.7.5. Bevorzugtes alkoholisches Getränk

Wie in der Phase vor Krankheitsbeginn (siehe Seite 99) sind in der folgenden Abbildung bevorzugte alkoholische Getränke und Kombinationen dieser aufgeführt.

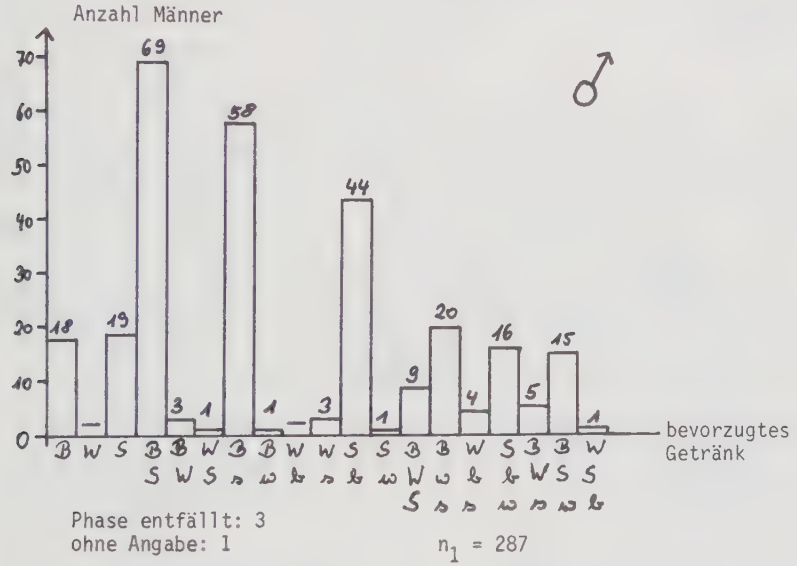
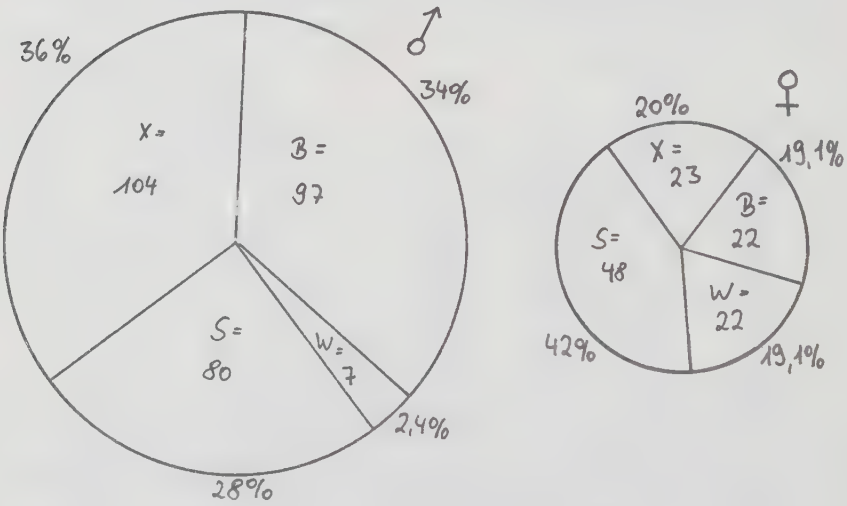


Abb. 44: Bevorzugte alkoholische Getränke und Kombinationen dieser während der Präalkoholischen Phase (Erklärung siehe Seite 101)

Nach der Definition von Seite 1o2 über den Begriff "bevorzugtes Getränk" sieht die Verteilung der bevorzugten Getränke folgendermaßen aus:



n_1=288 n_2=115

bevorzugtes Getränk: B = Bier
W = Wein
S = Spirituosen

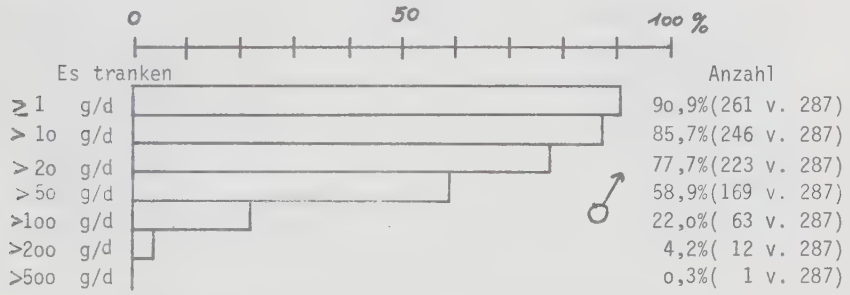
X : kein bevorzugtes alkoholisches Getränk oder keine Angabe

Abb. 45: Bevorzugtes alkoholisches Getränk während der Präalkoholischen Phase

Kein Mann war ausschließlich Weintrinker, dagegen gaben 2o Frauen an, nur Wein zu trinken. Wiederum tranken relativ mehr Frauen (36≙31,3%) als Männer (37≙12,8%) nur ein Getränk. Männer kombinierten häufiger, und zwar wiederum die Getränkearten Bier und Spirituosen.

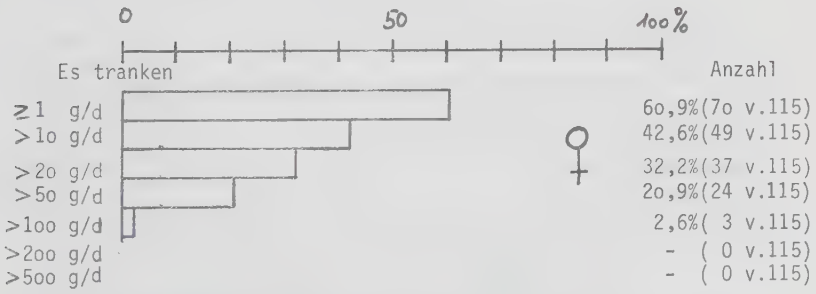
5.7.6. Trinkmenge Bier

Die Männer konsumierten täglich durchschnittlich 76,6 g Alkohol in Form von Bier, die Frauen 22,6 g. 24 Männer (8,4%) und 43 Frauen (37,4%) tranken kein Bier. Abb. 46 zeigt eine genauere Aufschlüsselung der Trinkmengen.



Phase entfällt: 3
ohne Angabe: 1

n_1= 287



Phase entfällt: -
ohne Angabe: -

n_2 = 115

Abb. 46: Konsumierte Biermenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) während der Präalkoholischen Phase

5.7.7. Trinkmenge Wein und Sekt

Die Männer tranken durchschnittlich 1o,3 g Alkohol in Form von Wein und Sekt, Frauen 25,1 g. 2o6 Männer (71,8%) und 53 Frauen (46,1%) tranken keinen Wein und Sekt. Abb. 47 zeigt eine genauere Aufschlüsselung der Trinkmengen.

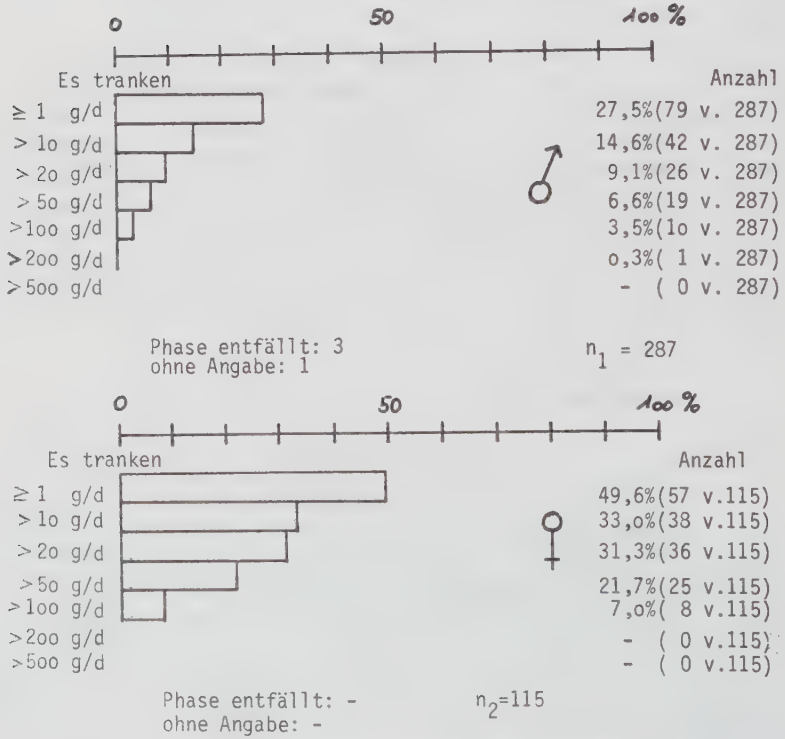


Abb. 47: Konsumierte Wein- und Sektmenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) während der Präalkoholischen Phase

5.7.8. Trinkmenge Spirituosen

Die Männer tranken durchschnittlich 97,8 g, die Frauen 56,7 g Alkohol in Form von Spirituosen pro Tag. 24 Männer (8,4%) und 22 Frauen (19,1%) tranken keine Spirituosen. Abb. 48 zeigt eine genauere Aufschlüsselung der Trinkmengen.

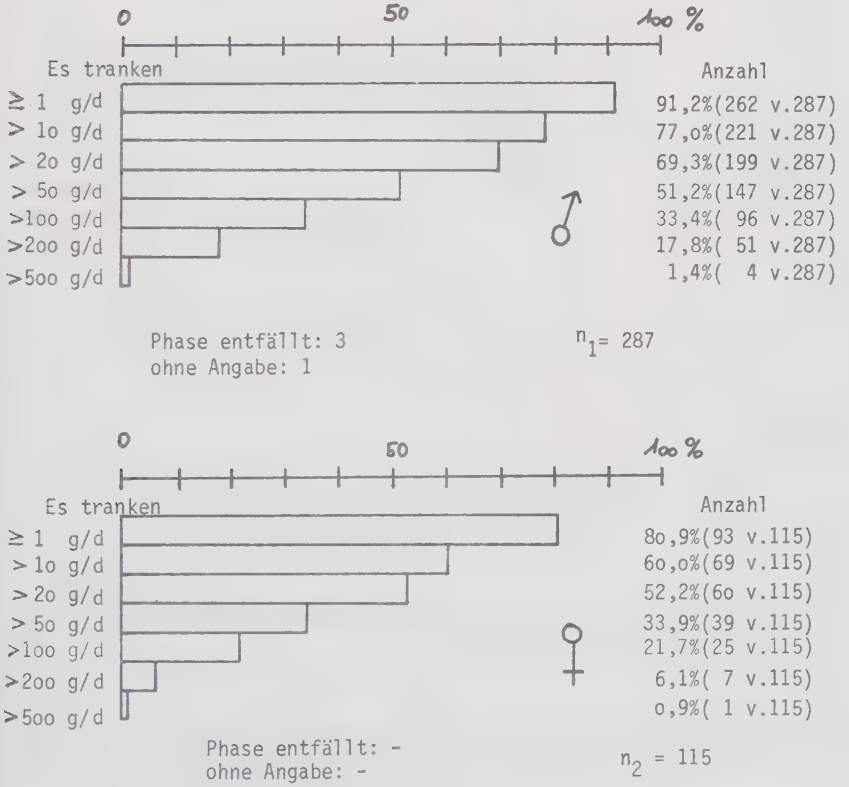


Abb. 48: Konsumierte Spirituosenmenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) während der Präalkoholischen Phase

Die täglich konsumierte Gesamtmenge Alkohol setzt sich wie folgt aus den einzelnen Getränkearten zusammen:

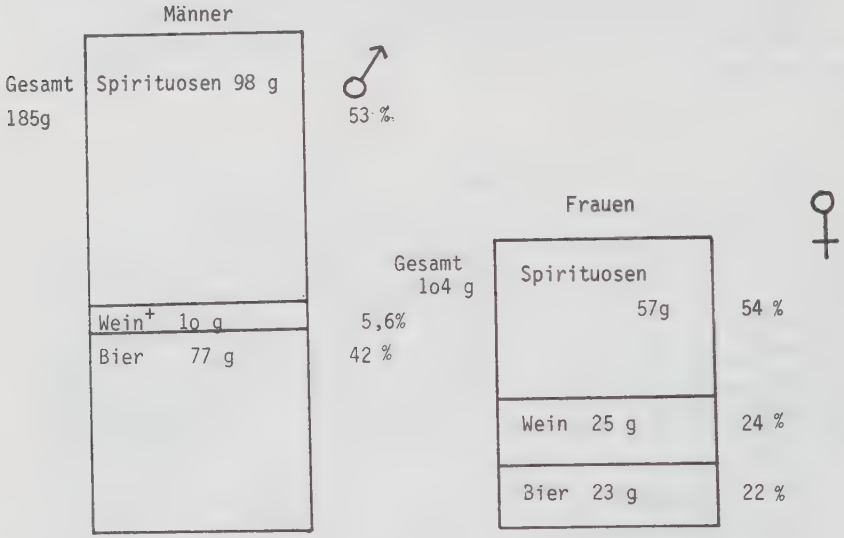
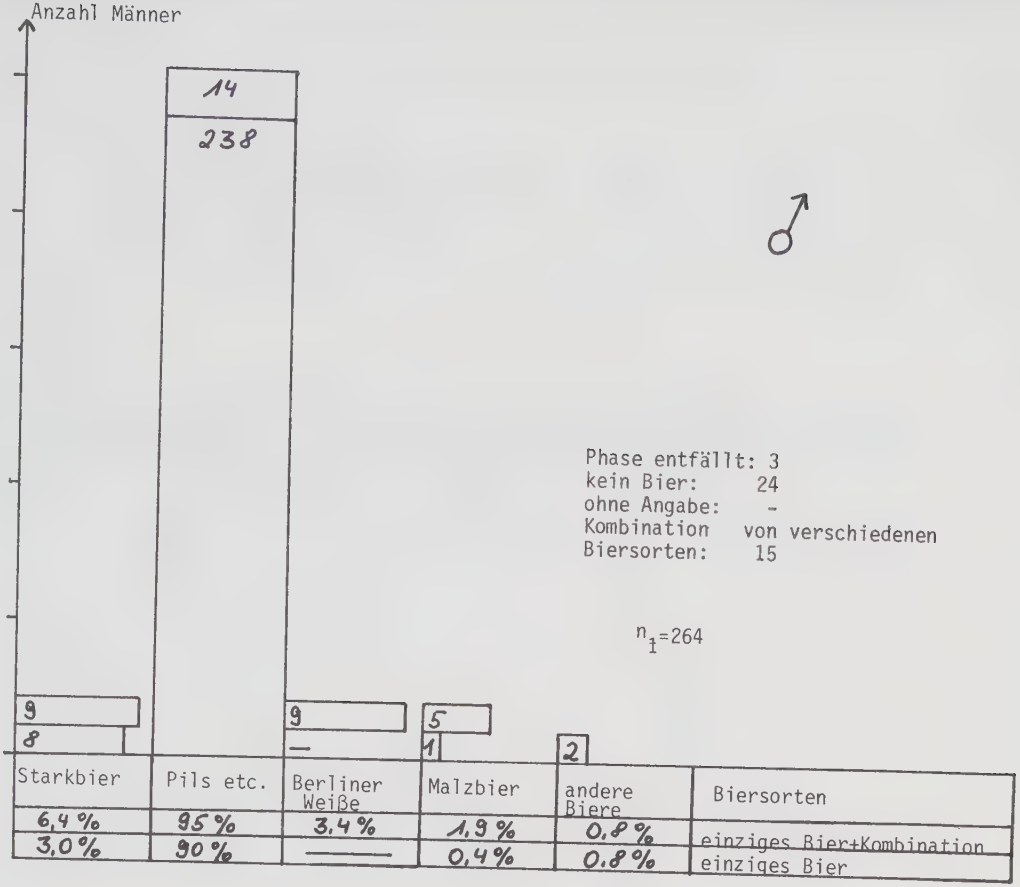


Abb. 49: Tägliche Trinkmengen reinen Alkohols während der Präalkoholischen Phase - unterteilt in einzelne Getränkearten

Die relative Spirituosenmenge ist bei Männern und Frauen ähnlich, Männer tranken relativ mehr Bier, Frauen mehr Wein.

5.7.9. Biersorten

Abb. 5o zeigt die einzelnen von den Patienten getrunkenen Biersorten. Für die Einteilung der Diagramme gilt das auf Seite 1o7 Gesagte.

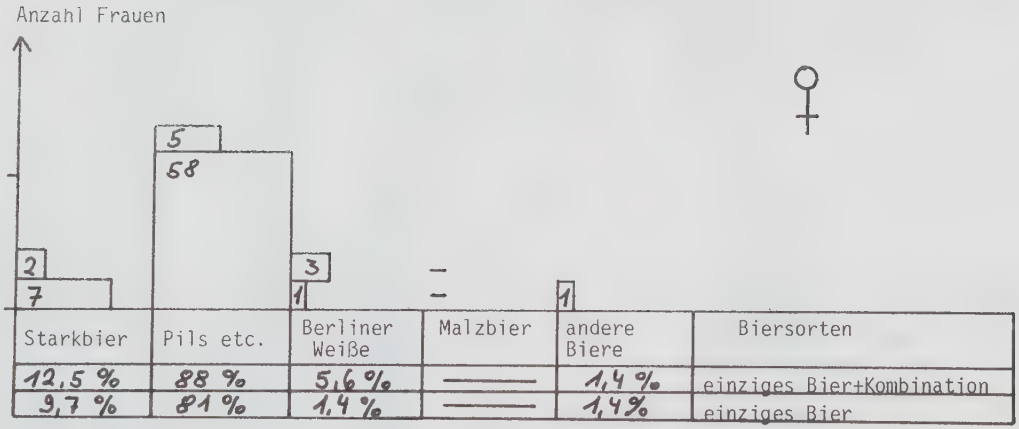


Starkbier	Pils etc.	Berliner Weiße	Malzbier	andere Biere	Biersorten
6,4 %	95 %	3,4 %	1,9 %	0,8 %	einziges Bier+Kombination
3,0 %	90 %	——	0,4 %	0,8 %	einziges Bier

♂

Phase entfällt: 3
kein Bier: 24
ohne Angabe: -
Kombination von verschiedenen Biersorten: 15

n_1=264



Phase entfällt: -
kein Bier: 43
ohne Angabe: -
Kombination von verschiedenen Biersorten: 5 n_2=72

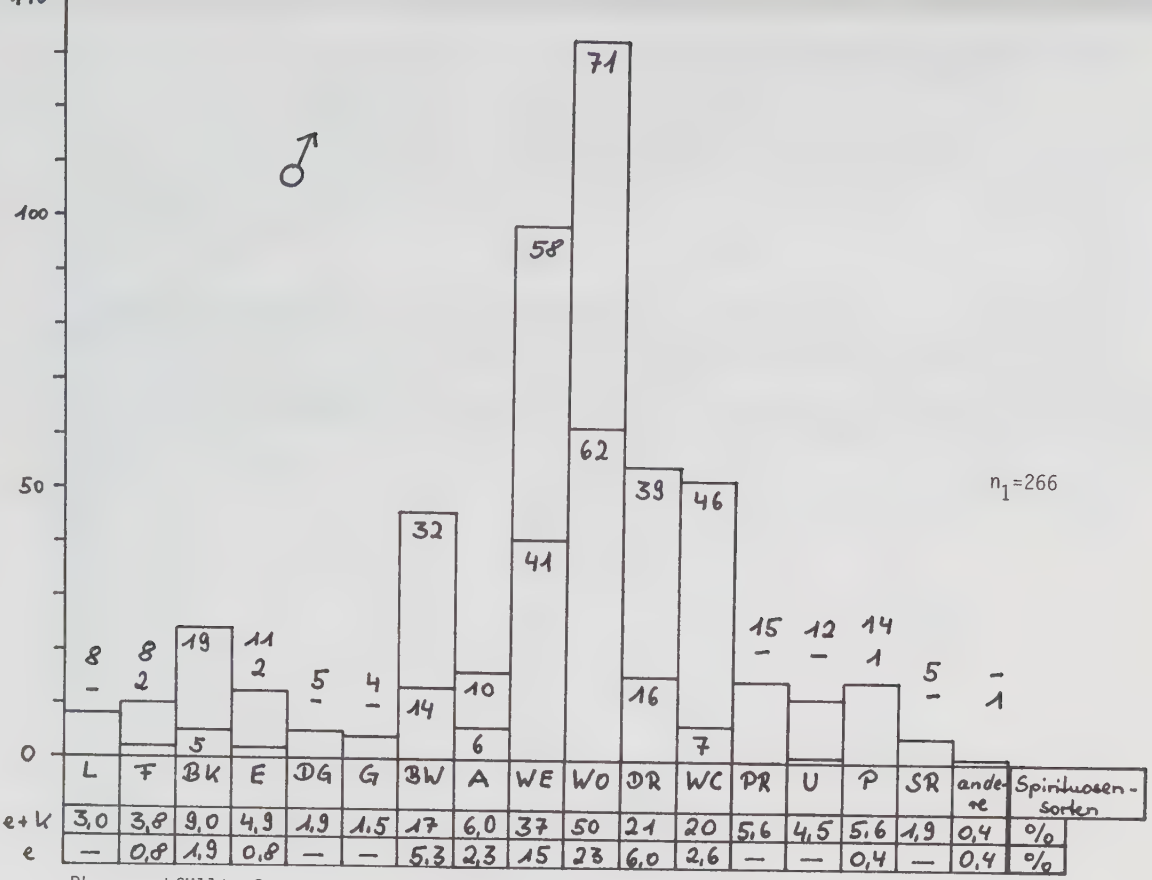
Abb. 5o: Anzahl der Patienten, die verschiedene Biersorten während der Präalkoholischen Phase konsumierten.
Unterer Teil der Säule: Biersorte, die als einzige konsumiert wurde.
Oberer Teil der Säule: Biersorte, die in Kombination mit anderen Biersorten konsumiert wurde.

Männer und Frauen tranken wie bereits vor Krankheitsbeginn am häufigsten Pils und ähnliche Biere, wiederum tranken mehr Frauen als Männer Starkbier zuungunsten von Pils.

5.7.1o. Weinsorten und Sekt

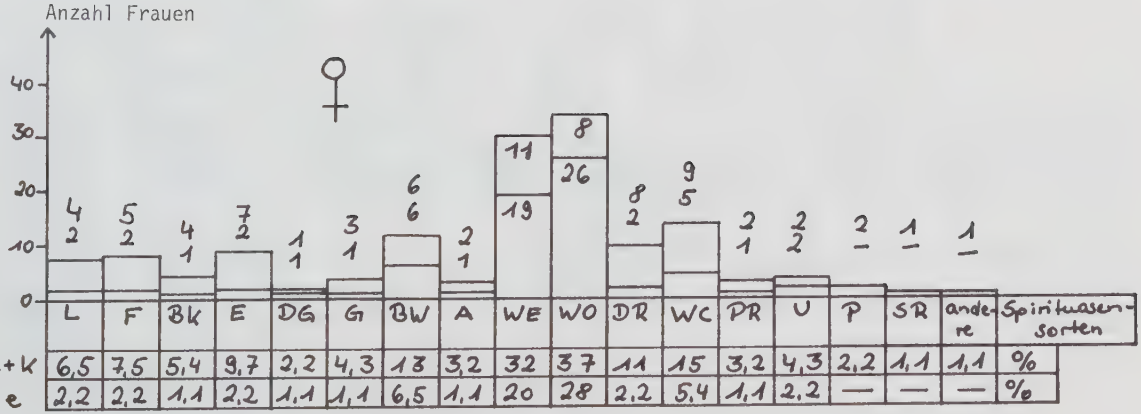
Abb. 51: Anzahl der Patienten, die verschiedene Weinsorten und/oder Sekt während der Präalkoholischen Phase konsumierten.Unterer Teil der Säule: Weinsorte oder Sekt, die als einzige konsumiert wurde. Oberer Teil der Säule: Weinsorte oder Sekt, die in Kombinationen mit anderen Weinsorten oder Sekt konsumiert wurde.

Die Verteilung der einzelnen Weinsorten und Sekt ähnelt derjenigen vor Krankheitsbeginn.



Phase entfällt: 3
keine Spirituosen: 21

ohne Angabe: 1
Kombinationen von mehreren Spirituosensorten: 109



Phase entfällt: -
keine Spirituosen: 22
keine Angabe: -
Kombinationen von mehreren Spirituosensorten: 22

n_2=93

Abb. 52: Anzahl der Patienten, die verschiedene Spirituosensorten während der Präalkoholischen Phase konsumierten.
Unterer Anteil der Säule: Spirituosensorte, die als einzige konsumiert wurde.
Oberer Anteil der Säule: Spirituosensorte, die in Kombination mit anderen Spirituosensorten konsumiert wurde.

Erklärung zu Abb. 52:

e = als einziges Getränk angegeben
e+k = als einziges Getränk angegeben und als Kombination mit anderen Getränken angegeben.

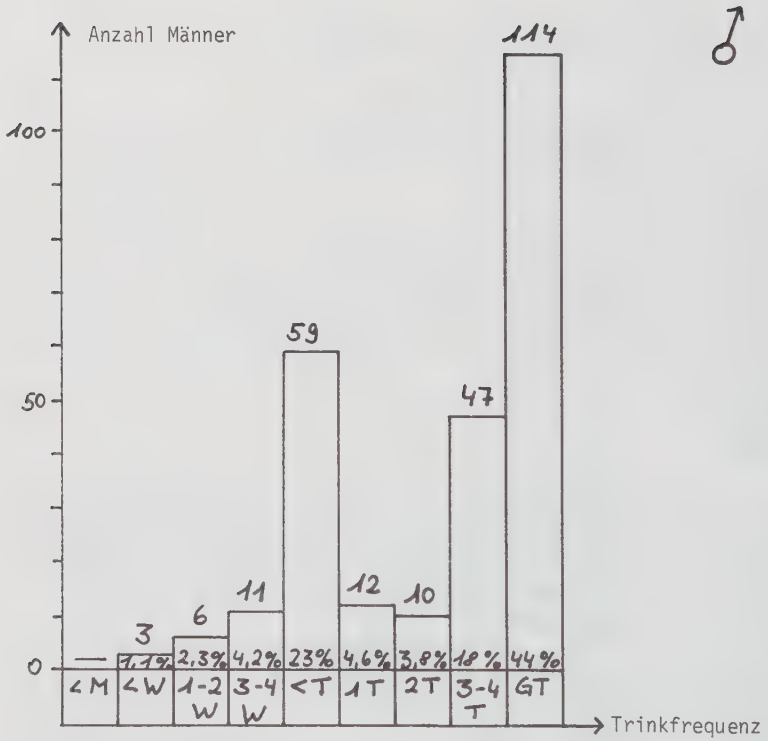
L : Liköre (Eier-,Sahne-, Schokoladenlikör)
F : Fruchtsaftliköre. Kirsch mit Rum usw.
BK : Bitterliköre, Kräuterliköre (Stonsdorfer), Curacao usw.
E : Edelkirsch, Jägermeister usw.
DG : Danziger Goldwasser
G : Grand Marnier usw.
BW : Branntweine (Bitter, Klarer, Korn, Wacholder)
A : Aquavit, Kümmerling, Sechsämtertropfen
WE : Weinbrand, Arrak, Genever, Gin, Obstler, Edelkorn usw.
WO : Wodka
DR : Doppelkorn, Rum, Steinhäger, Bacardi, Slivovitz, Obstbrand
WC : Whisky, Calvados
PR : Pernod, Raki
U : Underberg
P : Pott-Rum
SR : Stroh-Rum

Das Ergebnis ähnelt demjenigen vor Krankheitsbeginn. Während der Präalkoholischen Phase tranken allerdings etwas mehr Männer Whisky. Neben Wodka und Branntwein wurden jetzt auch Getränke aus der Gruppe DR (Doppelkorn etc.) häufiger von Männern konsumiert.

5.8. Trinkverhalten während der Prodromalphase und der Kritischen Phase (Fragen 14.o-14.12)

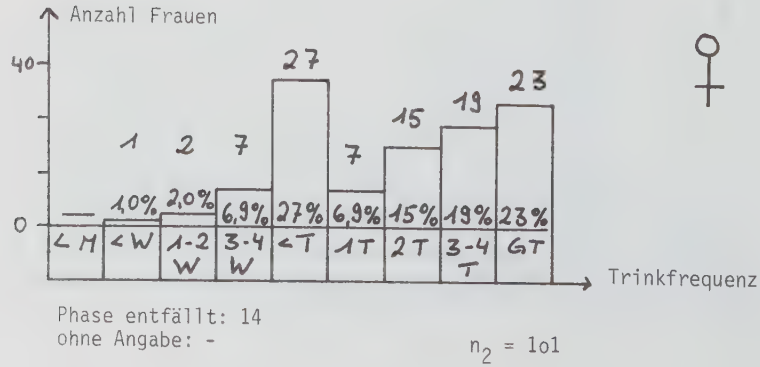
Den Patienten wurden die gleichen Fragen zur Prodromalphase und zur Kritischen Phase vorgelegt wie zur Präalkoholischen Phase. Als Leitsymptom galt das Auftreten von Entzugszeichen (Begründung siehe Seite 58).
29 Männer (1o,o%) und 14 Frauen (12,2%) gaben an, keine Entzugszeichen gehabt zu haben und füllten deshalb diesen Teil des Fragebogens nicht aus. Bei der Kontrollfrage, welche Entzugszeichen die Patienten gehabt hatten, stellte sich heraus, daß 15 Männer und 7 Frauen einzelne Entzugssymptome nannten, obwohl sie vorher angegeben hatten, keine Entzugszeichen erlebt zu haben. Im Interview nannte ein Teil dieser Patienten als Ursache dieser Diskrepanz, der Alkoholkonsum sei so konstant gewesen, daß Entzugszeichen erst beim klinischen Aufenthalt aufgetreten seien,und daß ein Zeitpunt des ersten Auftretens von Entzugszeichen nicht markierbar gewesen sei.

5.8.1. Trinkfrequenz



Phase entfällt: 29
ohne Angabe: -

n_1 = 262



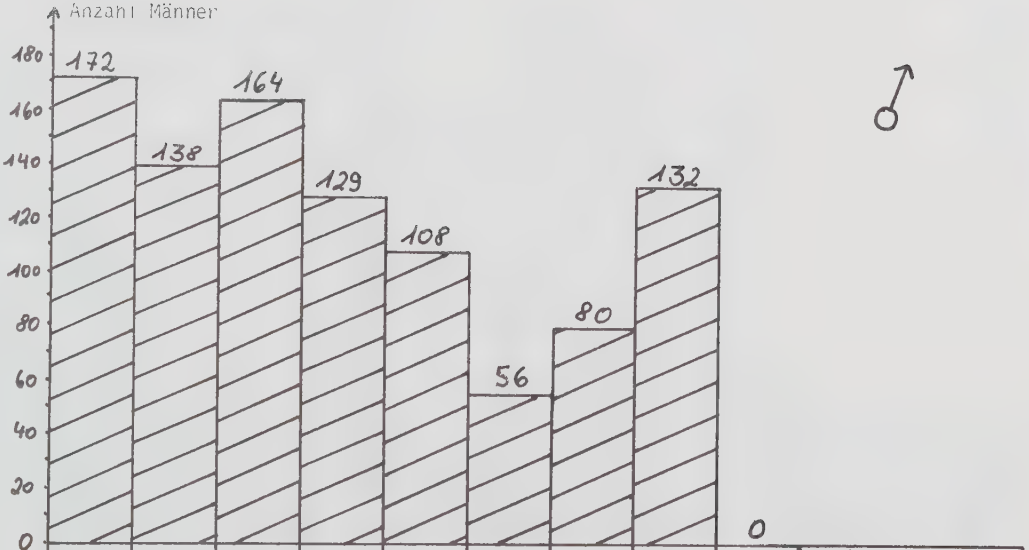
Phase entfällt: 14
ohne Angabe: -

n_2 = 101

GT = während des ganzen Tages
3-4 T = 3-4mal täglich
2 T = 2mal täglich
1 T = 1mal täglich
< T = fast jeden Tag
3-4 W = 3-4mal pro Woche
1-2 W = 1-2mal pro Woche
< W = weniger als 1mal pro Woche
< M = weniger als 1mal pro Monat

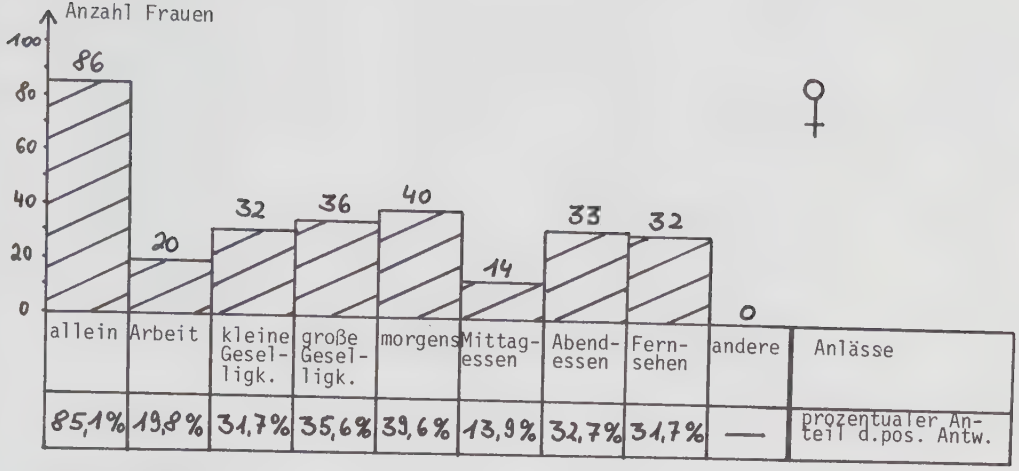
Abb. 53: Trinkfrequenz während der Prodromal- und Kritischen Phase

Der Median (Erklärung siehe S. 94) liegt wie in den vorangegangenen Phasen bei den Männern eine Stufe höher als bei den Frauen, nämlich bei 3-4 T (drei- bis viermal täglich) gegenüber 2 T (zweimal täglich). Dennoch tranken auch mehr als 5o% der Frauen (63,4%) mindestens einmal täglich alkoholartige Getränke, ein weiteres gutes Viertel (26,7%) fast täglich (Männer 69,8% bzw. 22,5%).



allein	Arbeit	kleine Geselligk.	große Geselligk.	morgens	Mittag-essen	Abend-essen	Fern-sehen	andere	Anlässe
69,5%	52,9%	62,8%	49,4%	41,4%	21,5%	30,7%	50,6%	—	prozentualer Anteil d.pos.Antw.

Phase entfällt: 29
ohne Angabe: 1



Phase entfällt: 14
ohne Angabe: -

n_2 = 101

Abb. 54: Anlässe, zu denen während der Prodromalphase und der Kritischen Phase getrunken wurde

Diskussion siehe Seite 172ff.

5.8.3. Heimliches Trinken

145 Männer (55,3%) und 85 Frauen (84,2%) gaben an, heimlich zu trinken, 9 Männer (3,4%) machten keine Angabe zu dieser Frage.

5.8.4. Trinkmenge Alkohol

Während der Prodromalphase und der Kritischen Phase tranken die Männer durchschnittlich 25o,4 g, die Frauen 165,3 g reinen Alkohol pro Tag. Ein Mann machte keine ausreichenden Angaben zu seinem Spirituosenkonsum. Abb. 55 zeigt die Verteilung der Trinkmengen.

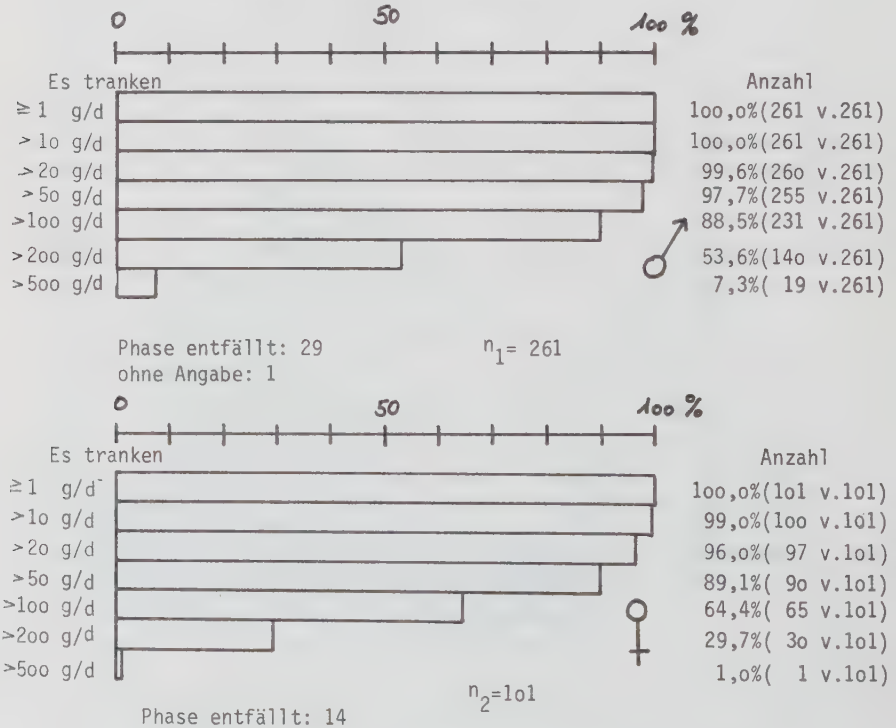
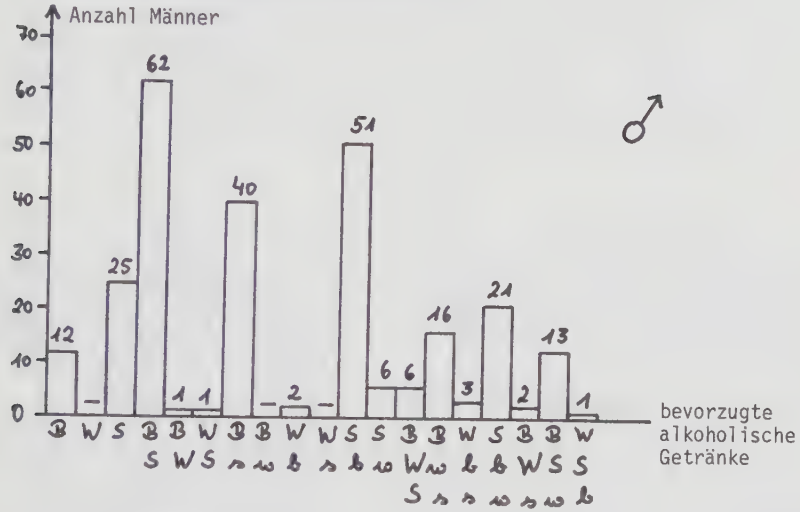


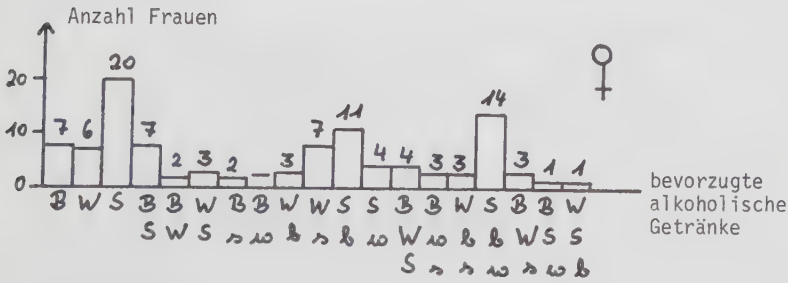
Abb. 55: Konsumierte Alkoholmenge während der Prodromal- und der Kritischen Phase

5.8.5. Bevorzugtes alkoholisches Getränk



Phase entfällt: 29
ohne Angabe: -

n_1 = 262

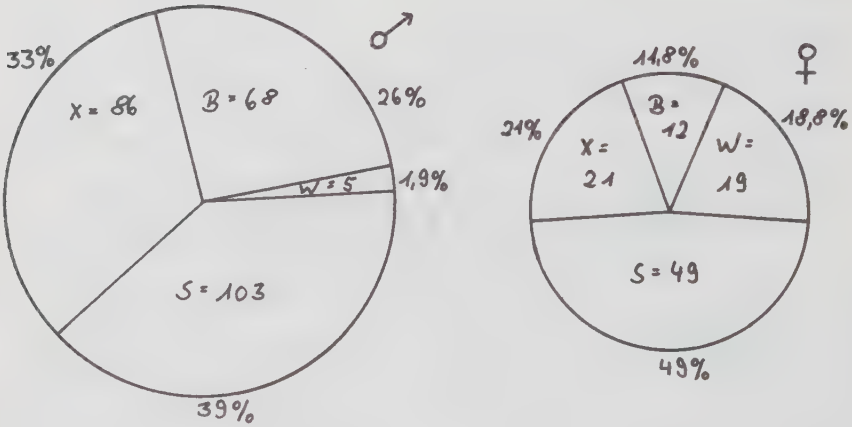


Phase entfällt: 14
ohne Angabe: -

n_2 = 101

Abb. 56: Bevorzugte alkoholische Getränke und Kombinationen dieser während der Prodromalphase und der Kritischen Phase (Erklärung s. Seite 101)

Nach der Definition von Seite 1o2 über den Begriff "bevorzugtes Getränk" sieht die Verteilung der bevorzugten Getränke folgendermaßen aus:



n_1 = 262 n_2=1o1

bevorzugtes Getränk: B = Bier
W = Wein oder Sekt
S = Spirituosen
X: kein bevorzugtes alkoholisches Getränk oder keine Angabe

Abb. 57: Bevorzugtes alkoholisches Getränk während der Prodromalphase und der Kritischen Phase

Wiederum war kein Mann ausschließlich Weintrinker. Die Anzahl der nur spirituosentrinkenden Männer nahm auf Kosten der Nur - Biertrinker gegenüber der Präalkoholischen Phase zu. Insgesamt tranken jetzt die Männer mehr Spirituosen und weniger Bier als in der vorangegangenen Phase. Bei den Frauen ist ein ähnlicher, aber geringer ausgeprägter Trend zu erkennen.

5.8.6. Trinkmenge Bier

Die Männer konsumierten täglich durchschnittlich 92,8 g, die Frauen 26,o g Alkohol in Form von Bier. 34 Männer (12,9%) und 4o Frauen (39,6%) tranken kein Bier.

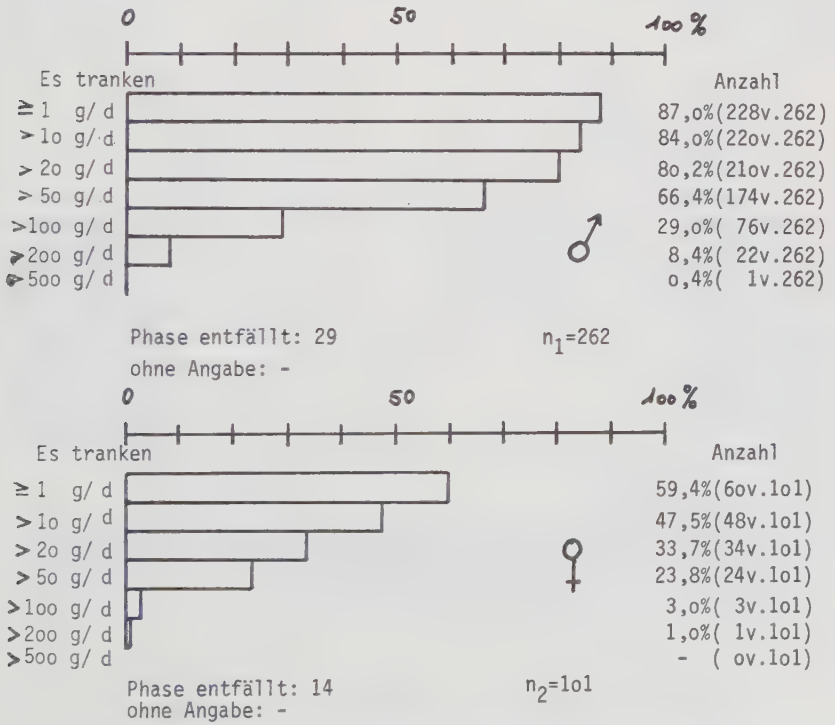


Abb. 58: Konsumierte Biermenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) während der Prodromalphase und Kritischen Phase

5.8.7. Trinkmenge Wein und Sekt

Die Männer tranken durchschnittlich 11,3 g Alkohol in Form von Wein und Sekt, die Frauen 36,7 g. 191 Männer (72,9%) und 48 Frauen (47,5%) tranken keinen Wein oder Sekt.

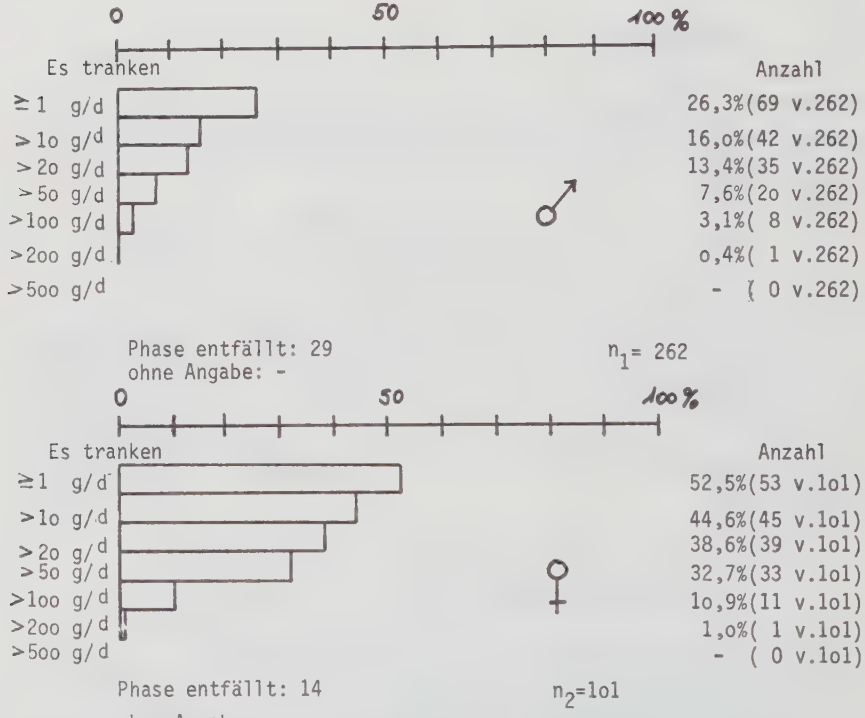


Abb. 59: Konsumierte Wein- und Sektmenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) während der Prodromalphase und der Kritischen Phase

5.8.8. Trinkmenge Spirituosen

Die Männer tranken durchschnittlich 146,3 g, die Frauen 1o2,6 g Alkohol in Form von Spirituosen pro Tag. 14 Männer (5,4%) und 18 Frauen (17,8%) tranken keine Spirituosen.

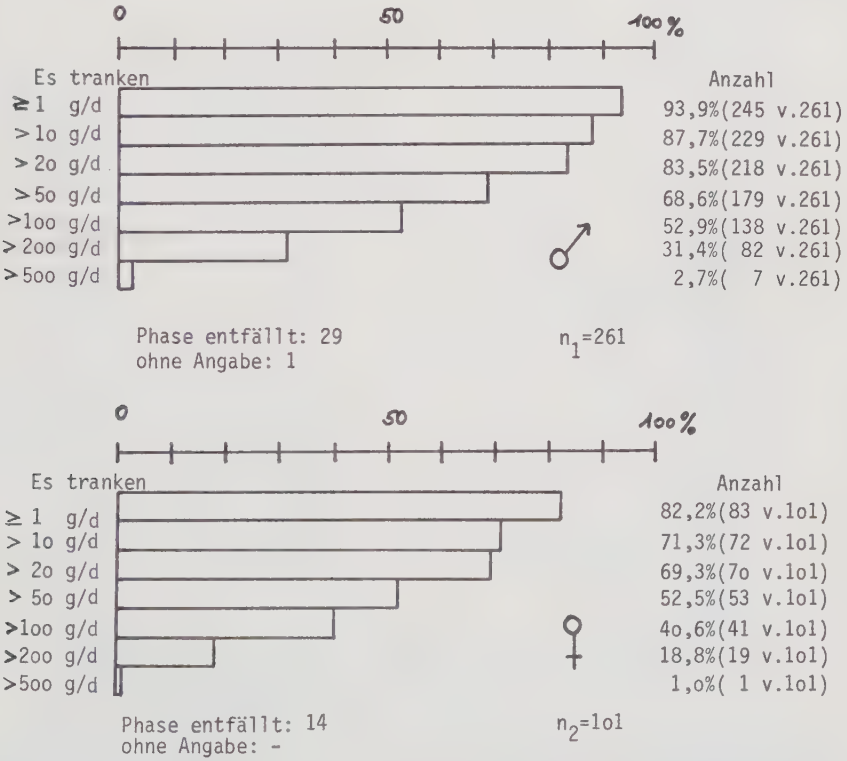
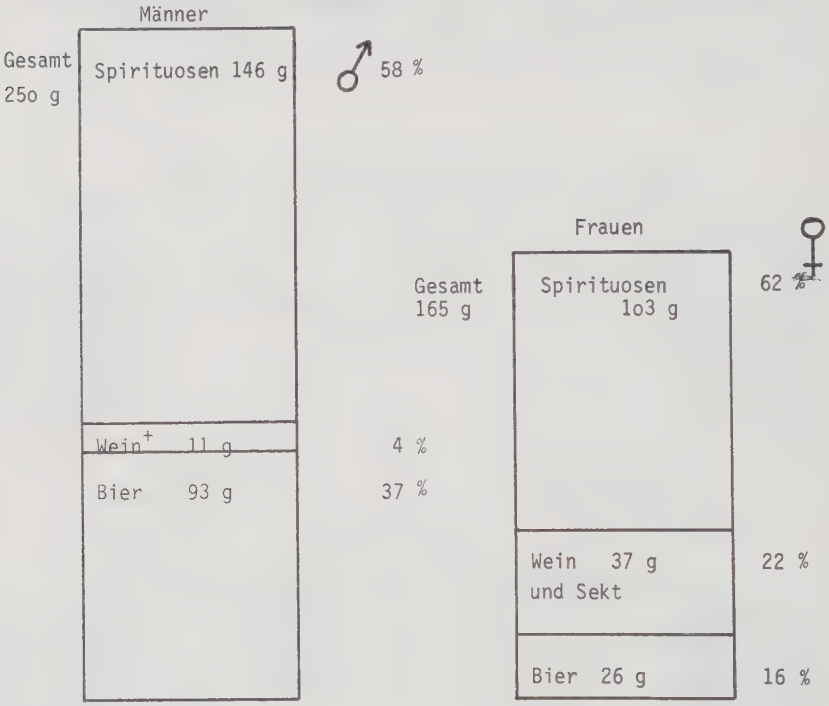


Abb. 6o: Konsumierte Spirituosenmenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols)während der Prodromalphase und der Kritischen Phase

Die täglich konsumierte Gesamtmenge Alkohol setzt sich wie folgt aus den einzelnen Getränkearten zusammen:



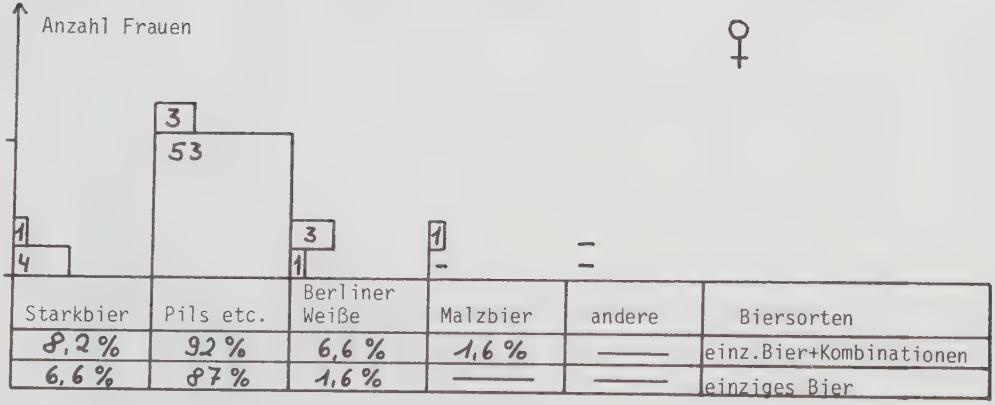
Wein und Sekt

Abb. 61: Tägliche Trinkmengen reinen Alkohols während der Prodromalphase und der Kritischen Phase - unterteilt in einzelne Getränkearten.

Das Bild ähnelt demjenigen während der Präalkoholischen Phase. Der Anteil der Spirituosen hat zuungunsten des Bieres etwas zugenommen, obwohl die absoluten Biermengen ebenfalls angestiegen sind.

5.8.9. Biersorten

Abb. 62 zeigt die einzelnen von den Patienten getrunkenen Biersorten.
Betreffs der Diagramme siehe S. 107.



Starkbier	Pils etc.	Berliner Weiße	Malzbier	andere	Biersorten
8,2 %	92 %	6,6 %	1,6 %	———	einz.Bier+Kombinationen
6,6 %	87 %	1,6 %	———	———	einziges Bier

Phase entfällt: 14
kein Bier: 4o
ohne Angabe: -
Kombinationen v.verschiedenen Biersorten: 3 n_2=61

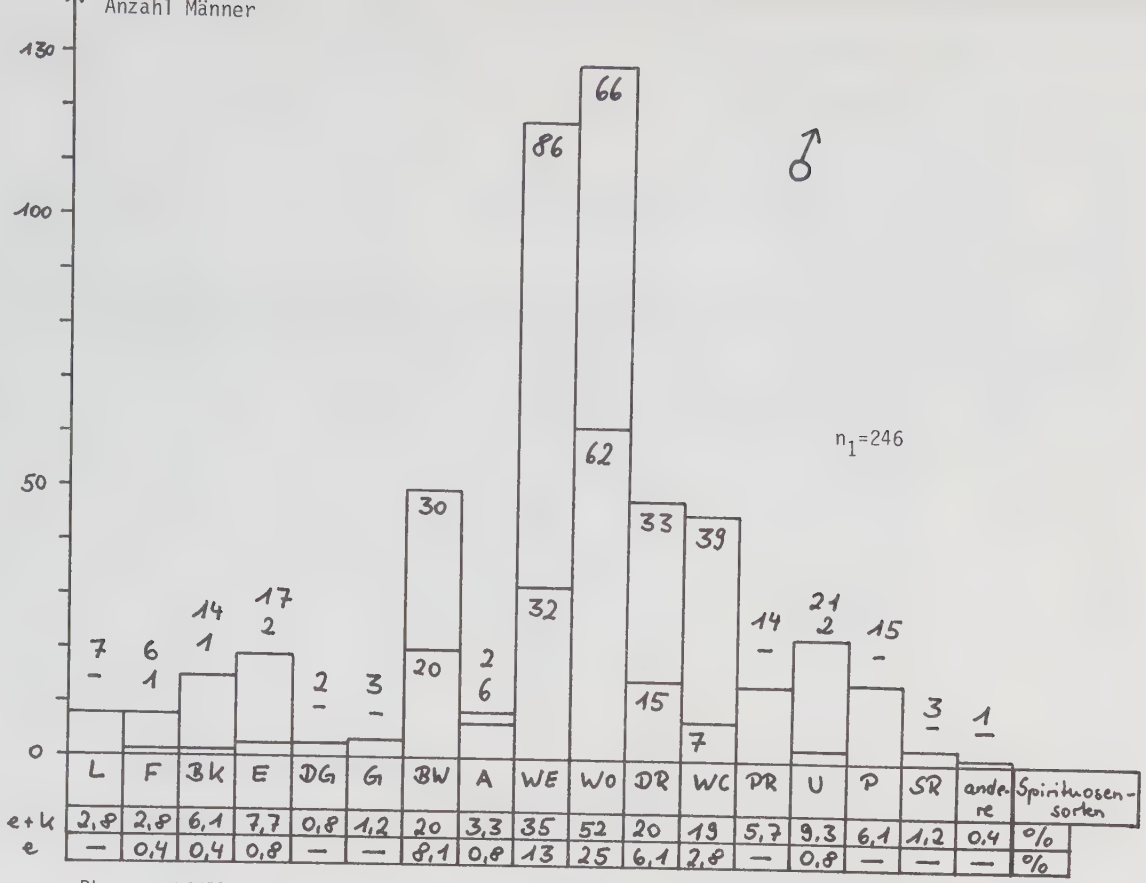
Abb. 62: Anzahl der Patienten, die verschiedene Biersorten während der Prodromalphase und der Kritischen Phase konsumierten. Unterer Anteil der Säule: Biersorte, die als einzige konsumiert wurde. Oberer Anteil der Säule: Biersorte, die in Kombination mit anderen Biersorten konsumiert wurde.

Im Vergleich zur Präalkoholischen Phase tranken etwas weniger Frauen und etwas mehr Männer Starkbier, so daß der vorher konstatierte Unterschied zwischen Frauen und Männern bezüglich der Gruppen"Starkbier" und "Pils etc." während der Prodromalphase und der Kritischen Phase weitgehend nivelliert ist.

5.8.1o. Weinsorten und Sekt

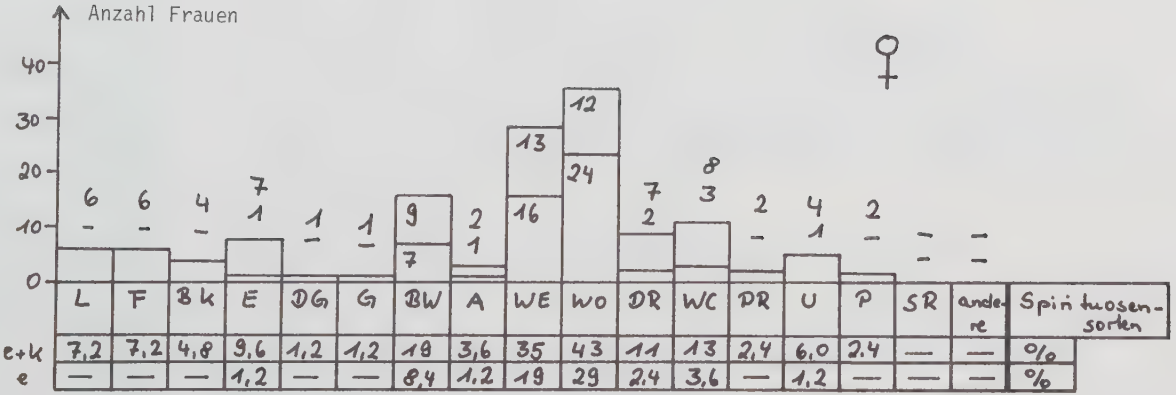
Abb. 63: Anzahl der Patienten, die verschiedene Weinsorten oder Sekt während der Prodromalphase und der Kritischen Phase konsumierten. Unterer Anteil der Säule:Weinsorte oder Sekt, die als einzige konsumiert wurden. Oberer Anteil der Säule: Weinsorte oder Sekt, die in Kombinationen mit anderen Spirituosen konsumiert wurden.

Die Verteilung ähnelt dem Äquivalent während der Präalkoholischen Phase. Es ist lediglich eine geringe Abnahme des Sektkonsums bei Frauen festzustellen.



Phase entfällt: 29
keine Spirituosen: 14

ohne Angabe: 2
Kombinationen von mehreren Spirituosensorten: 1o2



Phase entfällt: 14
keine Spirituosen: 18

ohne Angabe: -
Kombinationen von mehreren Spirituosensorten: 28

n_2=83

Erklärung zu Abb. 64: s. Seite151

Erklärung zu Abb. 64:

e = als einziges Getränk angegeben
e+K = als einziges Getränk angegeben und als Kombination mit anderen Getränken angegeben.

L : Liköre (Eier-, Sahne-,Schokoladenlikör)
F : Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.
BK : Bitterliköre, Kräuterliköre (Stonsdorfer), Curacao usw.
E : Edelkirsch, Jägermeister usw.
DG : Danziger Goldwasser
G : Grand Marnier usw.
BW : Branntweine (Bitter, Klarer, Korn, Wacholder)
A : Aquavit, Kümmerling, Sechsämtertropfen
WE : Weinbrand, Arrak, Genever, Gin, Obstler, Edelkorn usw.
WO : Wodka
DR : Doppelkorn, Rum, Steinhäger, Bacardi, Slivovitz, Obstbrand
WC : Whisky, Calvados
PR : Pernod, Raki
U : Underberg
P : Pott-Rum
SR : Stroh-Rum

Abb. 64: Anzahl der Patienten, die verschiedene Spirituosensorten während der Prodromalphase und der Kritischen Phase konsumierten.
Unterer Anteil der Säule: Spirituosensorte, die als einzige konsumiert wurde.
Oberer Anteil der Säule: Spirituosensorte, die in Kombination mit anderen Spirituosensorten konsumiert wurde.

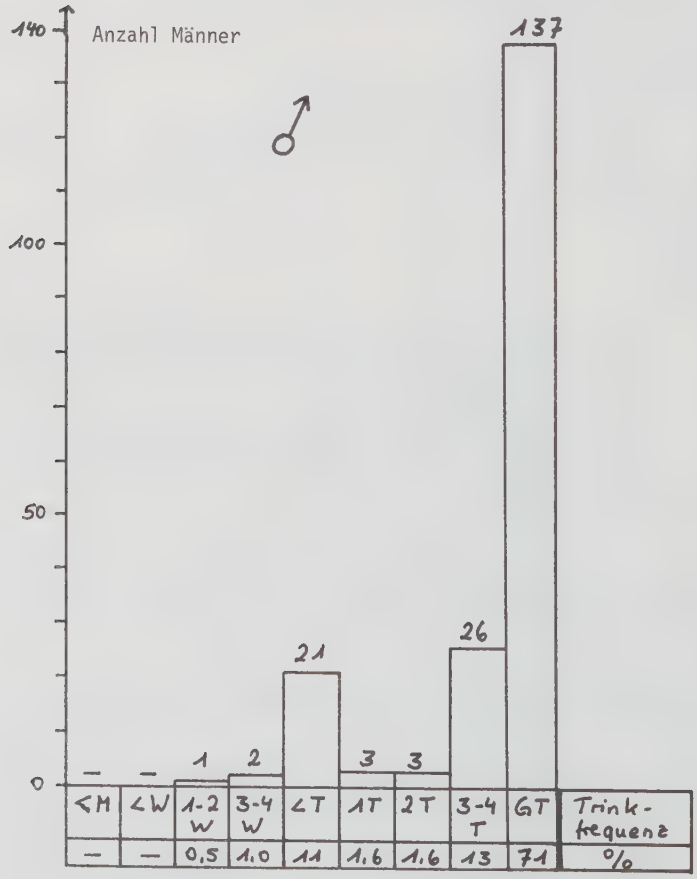
Das Ergebnis ähnelt dem Korrelat während der Präalkoholischen Phase. Männer und Frauen gaben geringgradig häufiger Underberg an, Frauen häufiger Branntwein und Wodka als während der Präalkoholischen Phase.

5.9. Trinkverhalten während der Chronischen Phase (Fragen 15.o-15.1o)

JELLINEK sieht den Beginn der Chronischen Phase durch regelmäßiges morgendliches Trinken gekennzeichnet (55). 193 Männer (66,3%) und 64 Frauen (55,7%) gaben an, dieses Symptom der Alkoholkrankheit gehabt zu haben. Die Dauer des regelmäßigen morgendlichen Trinkens betrug jeweils mindestens drei Monate. Somit konnten die Angaben, die diese Patienten über das Trinkverhalten während der letzten drei Monate vor Krankenhausaufenthalt machten, für die Patienten gewertet werden, die regelmäßiges morgendliches Trinken angaben. Eine Frau machte keine Angaben über das regelmäßige morgendliche Trinken. Ihre Angaben zum Trinkverhalten während der letzten drei Monate

wurden ebenso nicht gewertet wie die Angaben der Patienten, die kein regelmäßiges morgendliches Trinken genannt hatten.

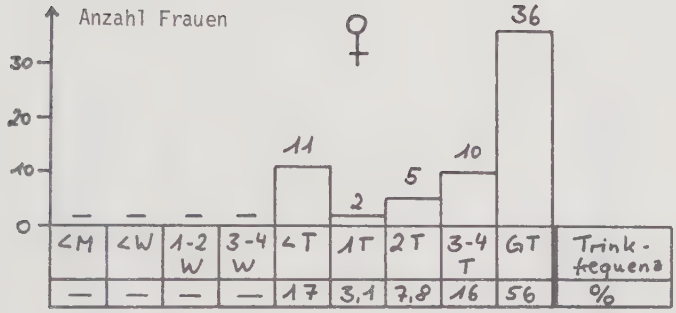
5.9.1. Trinkfrequenz



<M	<W	1-2 W	3-4 W	<T	1T	2T	3-4 T	GT	Trink-frequenz
—	—	0,5	1,0	11	1,6	1,6	13	71	%

Phase entfällt: 98
ohne Angabe: -

n_1=193



Phase entfällt: 51
ohne Angabe: -

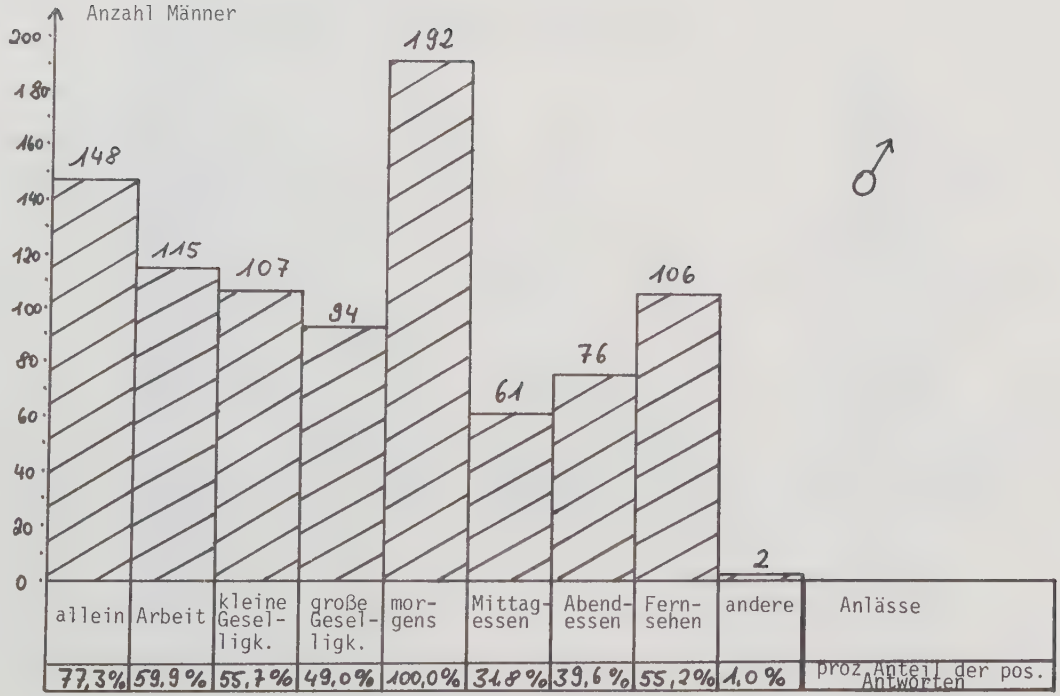
n_2=64

Erklärung zu Abb. 65:

GT = während des ganzen Tages
3-4 T = 3-4mal täglich
2 T = 2mal täglich
1 T = 1mal täglich
< T = fast jeden Tag
3-4 W = 3-4mal pro Woche
1-2 W = 1-2mal pro Woche
< W = weniger als 1mal pro Woche
< M = weniger als 1mal pro Monat

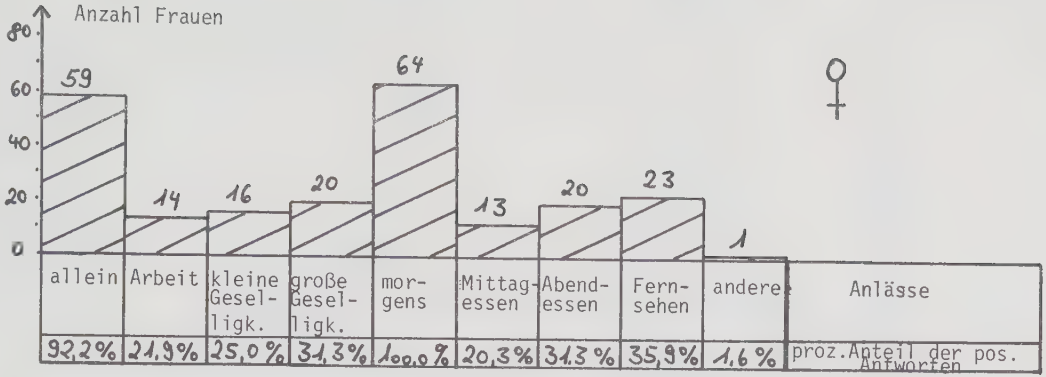
Abb. 65: Trinkfrequenz während der Chronischen Phase

Jeweils mehr als die Hälfte der Männer und Frauen gaben an, "während des ganzen Tages" getrunken zu haben. Der Median (Erklärung siehe Seite 94) liegt daher bei beiden Geschlechtern bei GT (=während des ganzen Tages). Insgesamt war der Anteil der Männer, die während des ganzen Tages tranken, höher als der der Frauen. Alle Frauen tranken mindestens "fast täglich", drei Männer gaben an, seltener als "fast täglich" zu trinken, die anderen Männer tranken mindestens "fast täglich". Der Anteil der täglich trinkenden Männer ist dennoch höher als der der täglich trinkenden Frauen.



Phase entfällt: 98
ohne Angabe: 1

n_1=192



Phase entfällt: 51
ohne Angabe: -

n_2=64

Abb. 66: Anlässe, zu denen während der Chronischen Phase getrunken wurde.

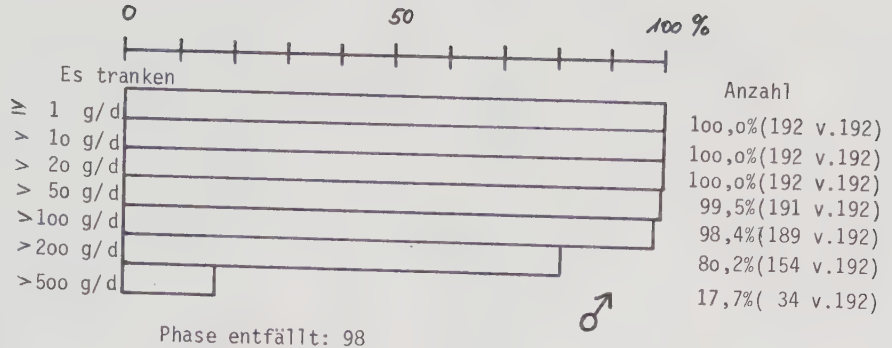
Als "andere Gelegenheiten" gaben zwei Männer an, "nachts" getrunken zu haben und eine Frau "abends". Sicherlich gibt es noch mehr Patienten, die nachts trinken mußten, um ihre Entzugssymptomatik zu lindern. Dadurch, daß diese Möglichkeit im Fragebogen jedoch nicht vorgegeben war, können keine quantitativen Aussagen zu diesem Thema gemacht werden.

5.9.3. Heimliches Trinken

127 Männer (65,8%) und 58 Frauen (90,6%) gaben an, heimlich zu trinken. Vier Männer (2,1%) machten keine eindeutigen Aussagen zu dieser Frage.

5.9.4. Trinkmenge Alkohol

Während der Chronischen Phase tranken die Männer durchschnittlich 355,5 g, die Frauen 229,o g reinen Alkohol pro Tag. Ein Mann machte keine ausreichenden Angaben über seinen Spirituosenkonsum.
Abb. 67 zeigt die Verteilung der Trinkmengen.



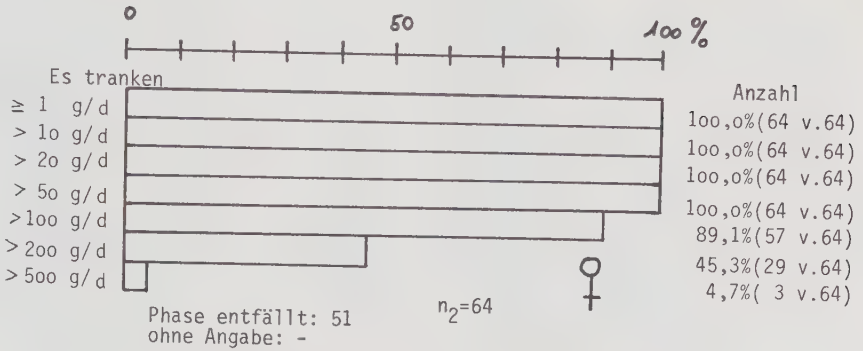
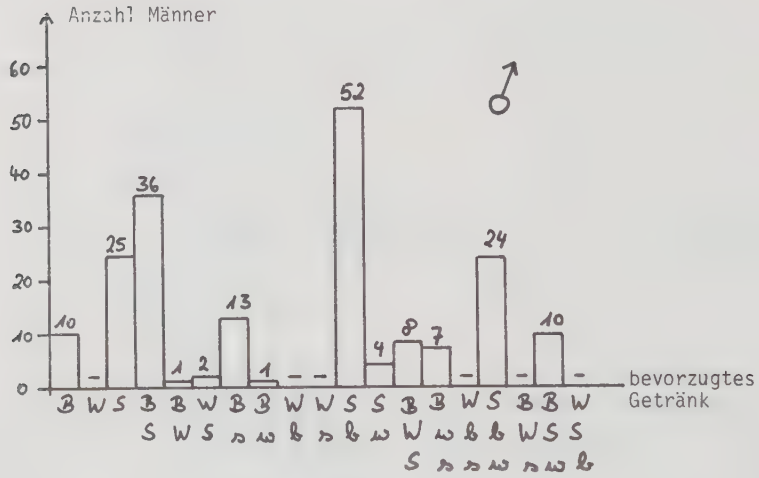


Abb. 67: Konsumierte Alkoholmenge während der Chronischen Phase

5.9.5. Bevorzugtes alkoholisches Getränk



Phase entfällt: 98
ohne Angabe: -

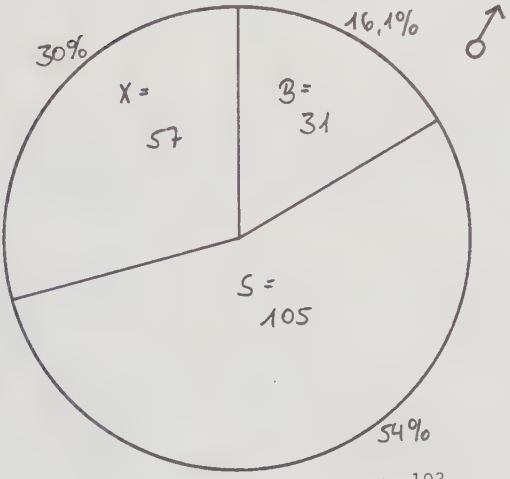
n_1=193

Phase entfällt: 51
ohne Angabe: -

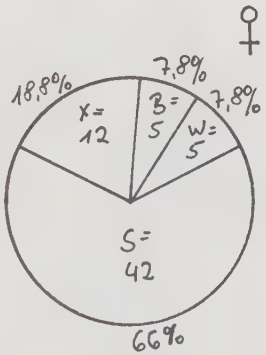
n_2=64

Abb. 68: Bevorzugte alkoholische Getränke und Kombinationen dieser während der Chronischen Phase. (Erklärung s. Seite 1o1)

Nach meiner Definition auf Seite 102 über den Begriff "bevorzugtes Getränk" ergibt sich folgende Verteilung der einzelnen Getränke während der Chronischen Phase:



n_1=193



n_2=64

bevorzugtes Getränk: B = Bier
W = Wein oder Sekt
S = Spirituosen
X: kein bevorzugtes alkoholisches Getränk oder keine Angabe

Abb. 69: Bevorzugtes alkoholisches Getränk während der Chronischen Phase

Bei der Verteilung der bevorzugt getrunkenen alkoholischen Getränke zeigen sich während der Chronischen Phase deutliche Veränderungen gegenüber den vorangegangenen Phasen, die durch vermehrten Spirituosenkonsum auf Kosten des Bier- und Weinkonsums gekennzeichnet sind. Mehr Frauen tranken bevorzugt Spirituosen, noch 16,1% der Männer trank bevorzugt Bier, kein Mann bevorzugt Wein.

5.9.6. Trinkmenge Bier

Die Männer konsumierten täglich durchschnittlich 1o1,1 g, die Frauen 27,1 g Alkohol in Form von Bier. 32 Männer (16,5%) und 27 Frauen (42,2%) tranken kein Bier.

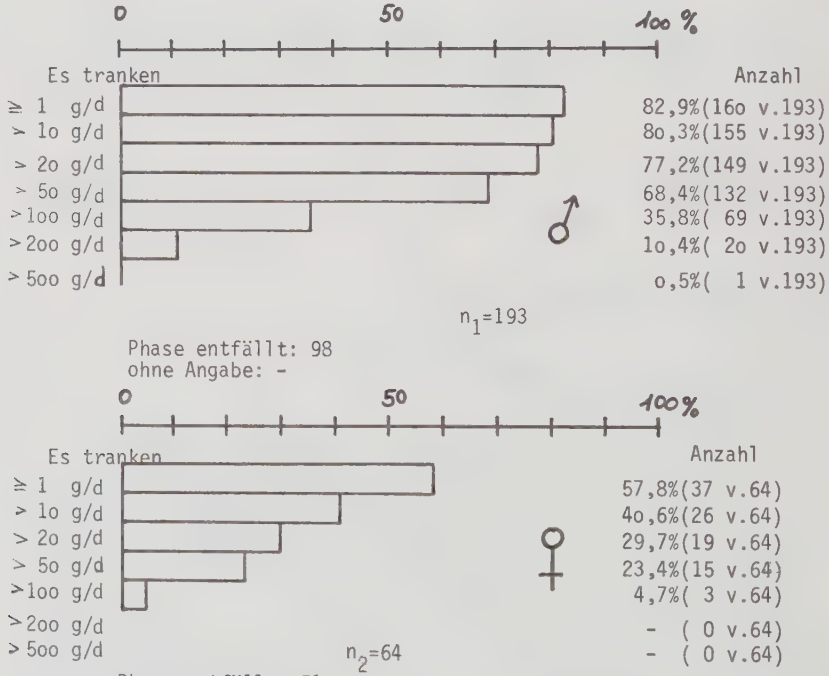


Abb. 7o: Konsumierte Biermenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) während der Chronischen Phase

5.9.7. Trinkmenge Wein und Sekt

Die Männer tranken durchschnittlich 17,4 g, die Frauen 39,1 g Alkohol in Form von Wein und Sekt. 135 Männer (69,9%) und 35 Frauen (54,7%) tranken keinen Wein oder Sekt.

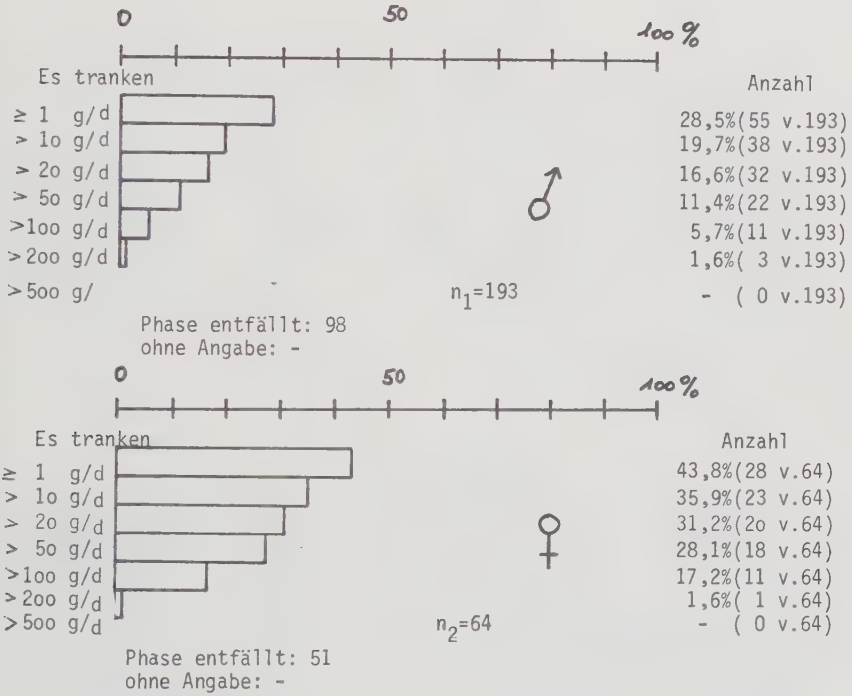


Abb. 71: Konsumierte Wein- und Sektmenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) während der Chronischen Phase

5.9.8. Trinkmenge Spirituosen

Die Männer tranken durchschnittlich 237,0 g, die Frauen 162,8 g Alkohol in Form von Spirituosen pro Tag. 14 Männer (7,3%) und 7 Frauen (10,9%) tranken keine Spirituosen. Ein Mann machte keine Angaben zur Höhe seines Spirituosenkonsums.

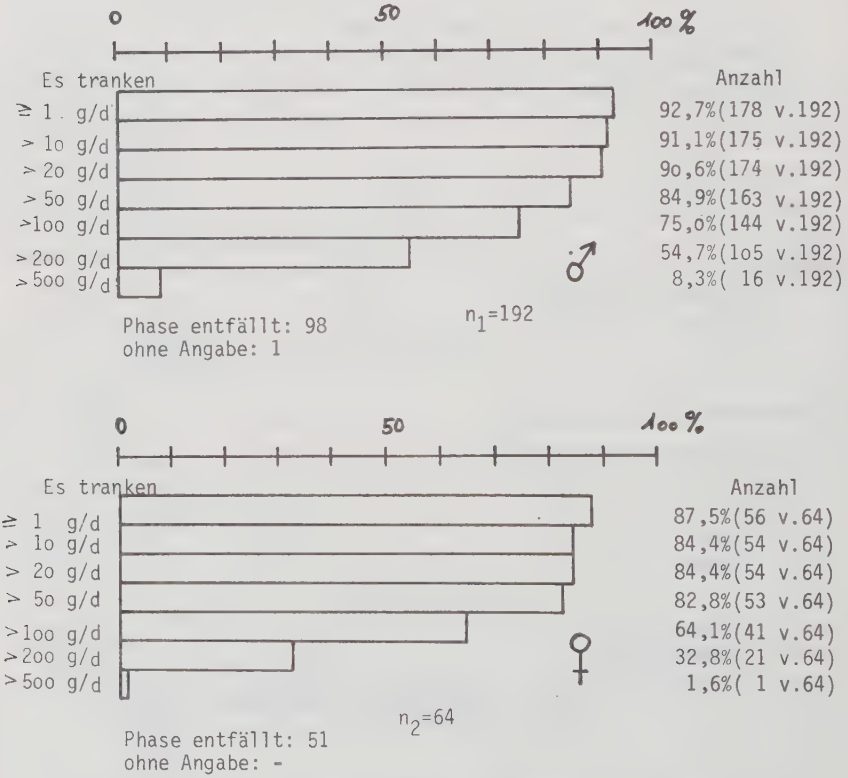


Abb. 72: Konsumierte Spirituosenmenge (ausgedrückt in täglich getrunkener Menge reinen Alkohols) während der Chronischen Phase

Die täglich konsumierte Gesamtmenge Alkohol setzt sich wie folgt aus den einzelnen Getränkearten zusammen:

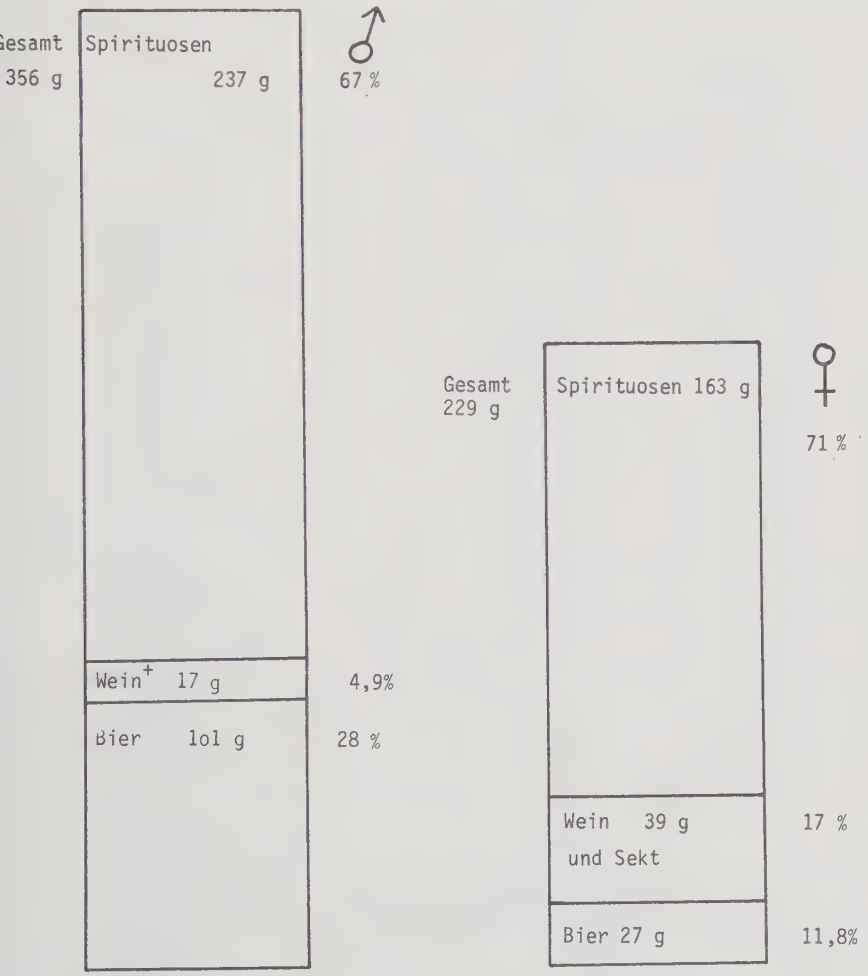


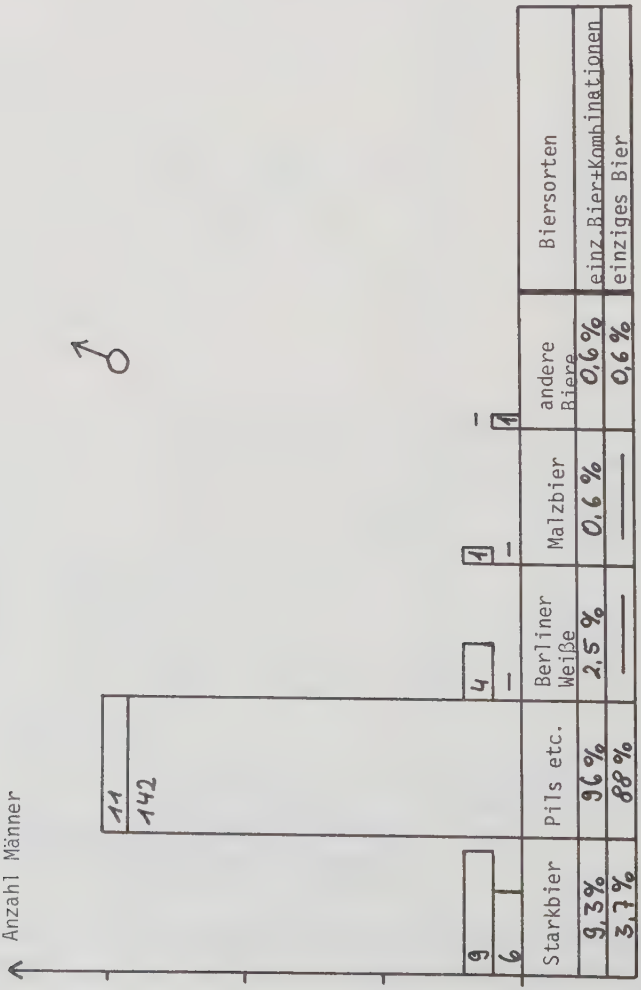
Abb. 73: Tägliche Trinkmengen reinen Alkohols während der Chronischen Phase - unterteilt in einzelne Getränkearten

Gegenüber der Prodromalphase und der Kritischen Phase hat sich der Anteil der Spirituosen weiter an Stelle von Wein und vor allem Bier erhöht. Dennoch

sind bei jeder Getränkeart die absoluten Werte bei beiden Geschlechtern weiterhin gestiegen.

5.9.9. Biersorten

Abb. 74 zeigt die einzelnen von den Patienten getrunkenen Biersorten. Bezüglich der Einteilung der folgenden Diagramme siehe Seite 107.



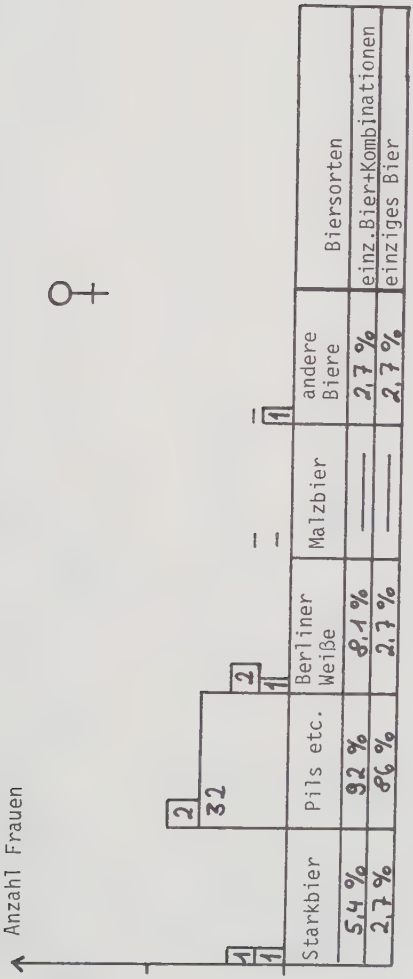


Abb. 74: Anzahl der Patienten, die verschiedene Biersorten während der Chronischen Phase konsumierten. Unterer Anteil der Säule: Biersorte, die als einzige konsumiert wurde. Oberer Anteil der Säule: Biersorte, die in Kombination mit anderen Biersorten konsumiert wurde.

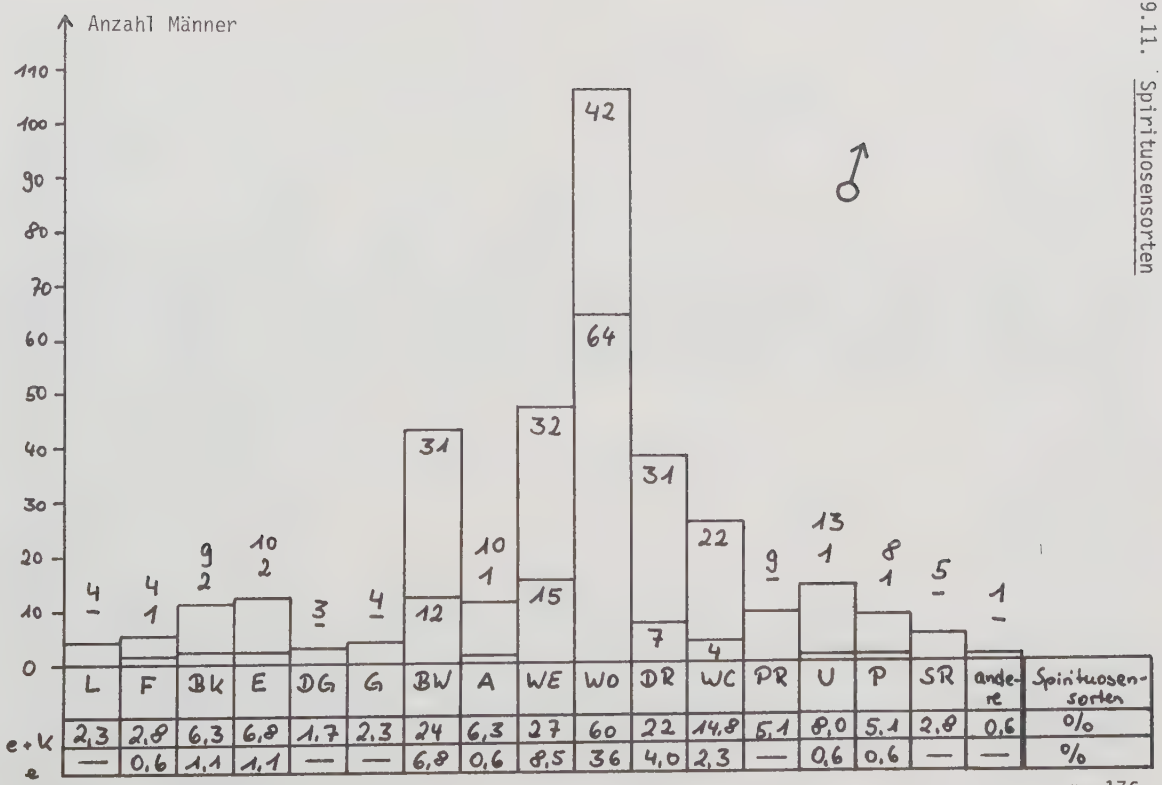
Es traten keine nennenswerten Unterschiede zur Prodromalphase und zur Kritischen Phase auf. Ein Mann gab unter der Rubrik "andere Biere" Diät-Bier an, eine Frau "Birell-Bier". Bei letzterem handelt es sich um ein sogenanntes "alkoholfreies Bier" mit einem Alkoholgehalt unter o,5 Vol-%.

5.9.1o. Weinsorten und Sekt

Unterer Anteil der Säule: Weinsorte oder Sekt, die als einzige konsumiert wurden. Oberer Anteil der Säule: Weinsorte und/oder Sekt, die in Kombination mit anderen Weinsorten und/oder Sekt konsumiert wurden.

Abb. 75: Anzahl der Patienten, die verschiedene Weinsorten und/oder Sekt während der Chronischen Phase konsumierten

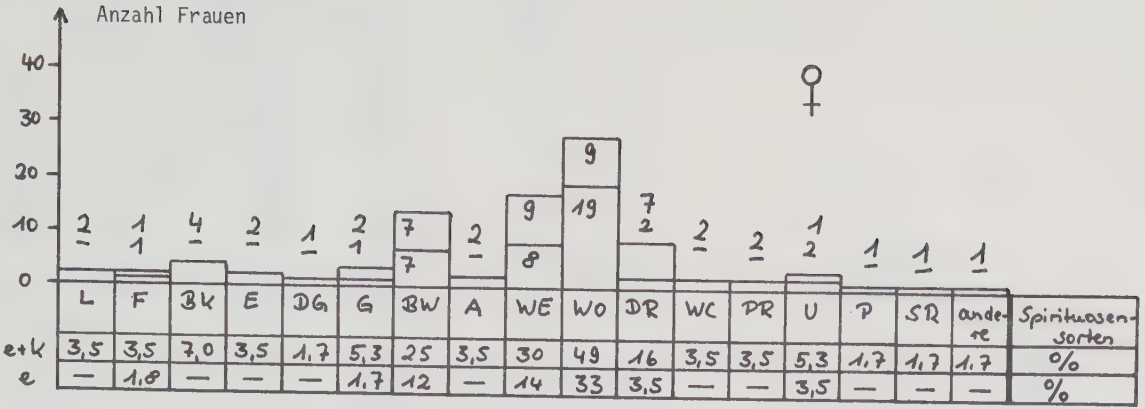
Weiterhin tranken in dieser Getränkegruppe Männer eher Weiß- und Rotwein als Frauen, auch wenn mehr als die Hälfte von ihnen Weiß- oder Rotwein bevorzugte. Der relative Anteil des Sekts ist gegenüber der Prodromalphase und der Kritischen Phase sogar etwas höher. Sonst ergeben sich keine größeren Unterschiede zur vorangegangenen Phase der Alkoholkrankheit.



n_1=176

Phase entfällt: 98
keine Spirituosen: 14

ohne Angabe: 3
Kombinationen v. mehreren Spirituosensorten: 66



Phase entfällt: 51
keine Spirituosen: 7

ohne Angabe: -
Kombinationen v.mehreren Spirituosensorten: 17

n_2=57

Abb. 76: Anzahl der Patienten, die verschiedene Spirituosensorten während der Chronischen Phase konsumierten.
Unterer Anteil der Säule: Spirituosensorte, die als einzige konsumiert wurde. Oberer Anteil der Säule: Spirituosensorte, die in Kombination mit anderen Spirituosensorten konsumiert wurde

Erklärung zu Abb. 76:

e = als einziges Getränk angegeben
e+K = als einziges Getränk angegeben + als Kombination mit anderen Getränken angegeben.

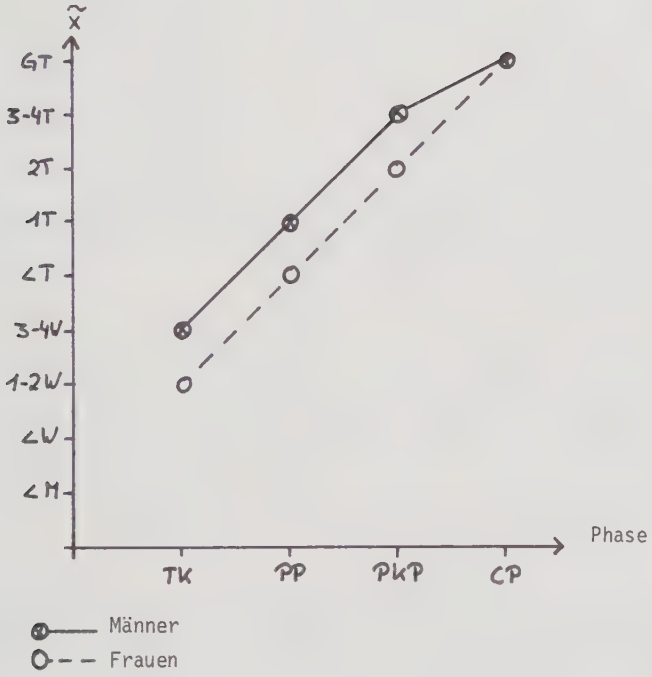
L : Liköre (Eier-.Sahne-,Schokoladenlikör)
F : Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.
BK : Bitterliköre, Kräuterliköre (Stonsdorfer), Curacao
E : Edelkirsch, Jägermeister usw.
DG : Danziger Goldwasser
G : Grand Marnier usw.
BW : Branntweine (Bitter, Klarer, Korn, Wachólder)
A : Aquavit, Kümmerling, Sechsämtertropfen
WE : Weinbrand, Arrak,Genever,Gin,Obstler,Edelkorn usw.
WO : Wodka
DR : Doppelkorn, Rum,Steinhäger,Bacardi,Slivovitz,Obstbrand
WC : Whisky, Calvados
U : Underberg
P : Pott-Rum
SR : Stroh-Rum
PR : Pernod, Raki

Je ein Mann und eine Frau gaben unter der Rubrik "andere Spirituosen" Spiritus an, den sie in Kombination mit anderen Spirituosen konsumierten. Im Gegensatz zur Prodromalphase und zur Kritischen Phase wurde von beiden Geschlechtern mehr billigerer Wodka an Stelle von Weinbrand konsumiert. Insgesamt tranken relativ mehr Männer Wodka als Frauen. Im Vergleich zur vorherigen Phase konsumierten Frauen weniger Liköre.

5.1o. Vergleich des Trinkverhaltens während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Die Ergebnisse der letzten 78 Seiten werden im folgenden zusammengefaßt, indem wesentliche Ergebnisse der einzelnen Phasen miteinander verglichen werden.

5.1o.1. Trinkfrequenz



Phasen:

TK = Trinkverhalten vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromal- und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Trinkhäufigkeit:

GT = während des ganzen Tages
3-4 T = 3-4mal täglich
2 T = 2mal täglich
1 T = 1mal täglich
< T = fast jeden Tag
3-4 W = 3-4mal pro Woche
1-2 W = 1-2mal pro Woche
< W = weniger als 1mal pro Woche
< M = weniger als 1mal pro Monat

Abb. 77: Medianwerte (Erklärung siehe Seite 94) der Trinkfrequenz während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Erwartungsgemäß steigt die Trinkfrequenz im Verlauf der Alkoholkrankheit an. Vor Krankheitsbeginn tranken jeweils die meisten Männer und Frauen ein- bis zweimal wöchentlich (siehe Seite 93). Diese Trinkfrequenz ist durchaus in unserer Gesellschaft akzeptiert. Ein größerer Anteil der Männer trank auch fast täglich, so daß sich ein höherer Median als bei den Frauen ergab. Verschiedene Autoren bestätigen, daß gesunde Frauen durchschnittlich seltener und weniger Alkohol konsumieren als gesunde Männer (26,65,94,116). In unserer Gesellschaft wird weiterhin dem Mann ein höherer Alkoholkonsum zugebilligt. Dennoch steigt der Alkoholkonsum der Frauen kontinuierlich (95).

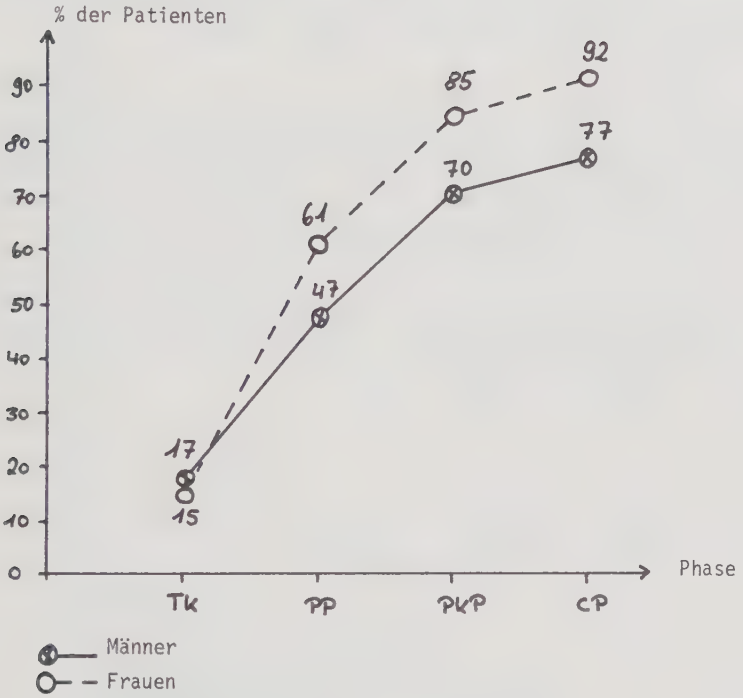
Während der Alkoholkrankheit tranken die Frauen ebenfalls seltener als ihre männlichen Mitpatienten. Diese Aussage trifft auch auf die Chronische Phase zu, wenngleich der Median für Männer wie für Frauen bei der höchsten vorgegebenen Möglichkeit liegt. Das bedeutet lediglich, daß über die Hälfte der Männer und Frauen jeweils die Aussage "den ganzen Tag" ankreuzte. 71,0% der Männer und 56,3% der Frauen verfuhren so.

Bereits während der Präalkoholischen Phase trank mehr als die Hälfte der Männer täglich und mehr als die Hälfte der Frauen fast täglich. Täglicher Alkoholgenuß ist somit selbst für frühe Phasen der Alkoholkrankheit charakteristisch, wenn auch nicht zwingend vorgegeben.

5.1o.2. Trinkgelegenheit

Es wurden verschiedene Anlässe vorgegeben. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Der prozentuale Anteil der angekreuzten vorgegebenen Antworten wird jeweils genannt. Absolute Zahlen wären nicht vergleichbar, da die Gesamtzahl der berücksichtigten Patienten in jeder Phase differiert.

5.1o.2.1. Trinken allein



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

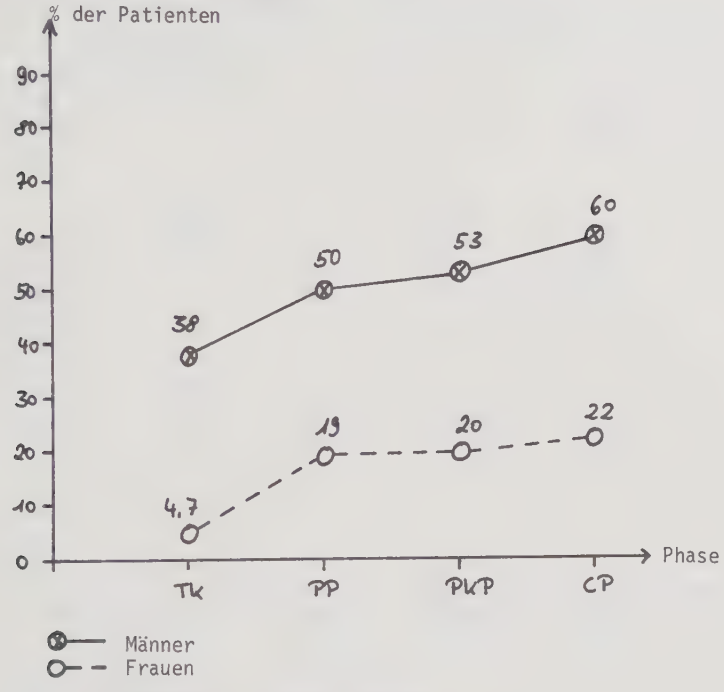
Abb. 78: Trinken allein während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Wie bereits angedeutet, tranken Frauen während der Alkoholkrankheit häufiger allein als Männer. Das entspricht den Aussagen von WANBERG und KNAPP, die ebenfalls herausfanden, daß alkholkranke Frauen häufiger allein trinken (116). Interessant erscheint, daß vor Beginn der Alkoholkrankheit Frauen und Männer etwa gleich häufig allein tranken. Häufigere Trinksituationen wurden bereits auf Seite 35 charakterisiert. Dort wurde auf den Arbeiter hingewiesen, der am Stammtisch mit seinen Arbeitskollegen alkoholische Getränke zu sich nimmt, im Gegensatz zur einsamen Hausfrau oder

oder Witwe, die zur Flasche greift. Andererseits wird Frauenalkoholismus in unserer Gesellschaft weniger akzeptiert als Männeralkoholismus, so daß Frauen ebenfalls in das Allein-Trinken gedrängt werden.

Erwartungsgemäß nimmt das Allein-Trinken im Verlauf der Alkoholkrankheit bei beiden Geschlechtern zu. Aufgrund höherer Trinkfrequenz ergeben sich mehr Anlässe zum Trinken. Allein-Trinken wird notwendig, um eine auftretende Entzugssymptomatik zu kupieren. Das extreme Beispiel stellt der Patient dar, der nachts zum Kühlschrank gehen muß, da er sonst nicht mehr die aufkommende Entzugssymptomatik ertragen kann. Ein weiterer Grund der Zunahme des Allein-Trinkens im Verlauf der Alkoholkrankheit ist das zunehmende heimliche Trinken aufgrund von Schuldgefühlen und Sanktionen seitens der Außenwelt.

5.1o.2.2. Trinken bei der Arbeit



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

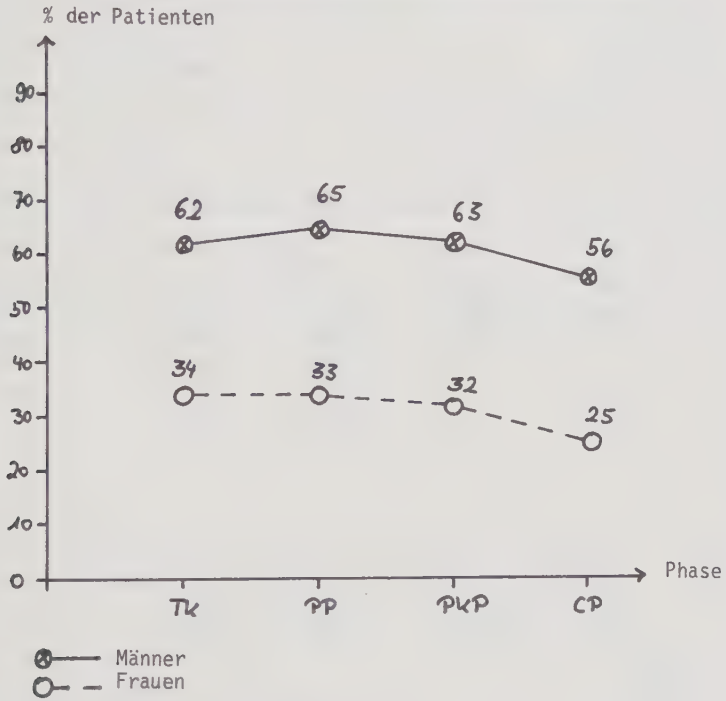
Abb. 79: Trinken bei der Arbeit während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Männer, die während der Arbeit tranken, höher als der Anteil der Frauen. Der Abstand bleibt bei ansteigender Tendenz ähnlich. Männer sind eher berufstätig als Frauen, sie gehen eher Berufen nach, bei denen während der Arbeitszeit Alkohol konsumiert wird (z.B. Bauarbeiter, Handwerker). Männer, die öffentlich bei der Arbeit trinken, sind eher gesellschaftsfähig als Frauen, die solches tun.

Erstaunlich erscheint die Zunahme des Alkoholkonsums während der Arbeit, nimmt doch die Häufigkeit des Arbeitsplatzverlustes mit nachfolgender Arbeitslosigkeit im Verlauf der Alkoholkrankheit zu. Andererseits wird für viele Alkoholiker Alkoholkonsum während der Arbeitszeit ab einem ge-

wissen Stadium der Krankheit notwendig, damit die Arbeit nicht durch Entzugssymptomatik beeinträchtigt wird. Ein Fernfahrer berichtete, daß er erst nach einer gewissen Alkoholmenge, die schließlich die gesetzlich erlaubte Höhe überschritt, in der Lage war, sein Fahrzeug sicher und zuverlässig zu führen.

5.1o.2.3. Trinken bei geselligen Anlässen in kleinem Rahmen

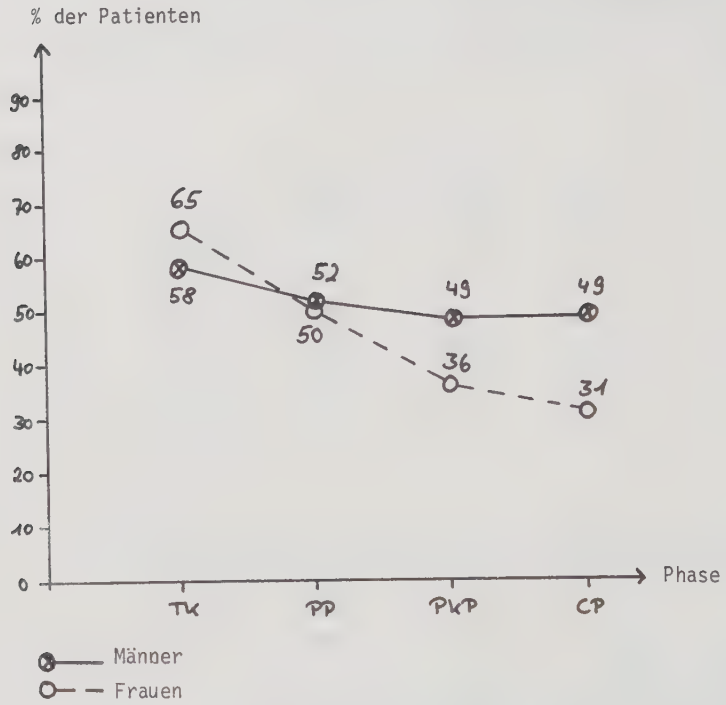


TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 8o: Trinken bei geselligen Anlässen in kleinem Rahmen während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Etwa doppelt so viel Männer wie Frauen tranken bei geselligen Anlässen in kleinem Rahmen wie z.B. am Stammtisch. In unserer Gesellschaft ist das Trinken in kleinem Kreis weitgehend männerspezifisch. Interessant ist ein geringes Ansteigen des prozentualen Anteils mit folgendem Abfallen im Verlauf der Alkoholkrankheit. Anfangs wird der Alkoholiker als trinkfest geschätzt, und er bevorzugt das Trinken in Gesellschaft. Mit einsetzendem Kontrollverlust und zunehmenden Schuldgefühlen zieht sich der Kranke aus dem Gesellschaftstrinken zurück.

5.1o.2.4. Trinken bei geselligen Anlässen in größerem Rahmen

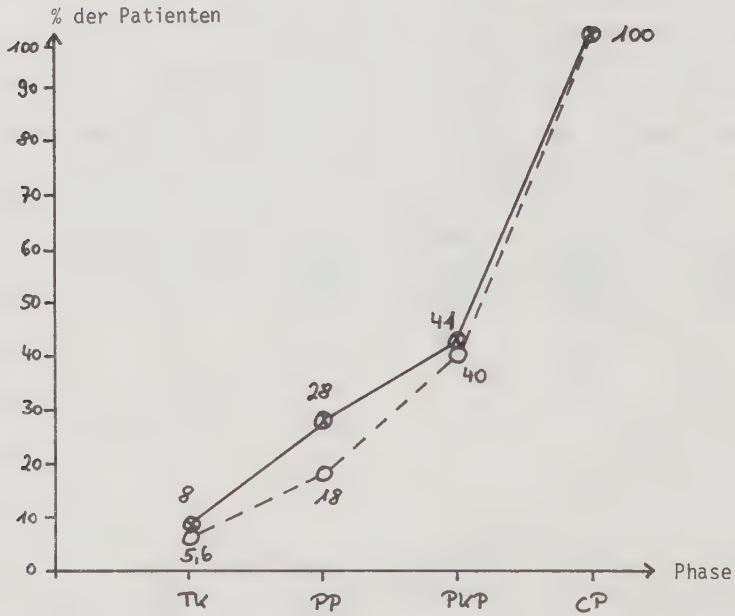


TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 81: Trinkverhalten bei geselligen Anlässen in größerem Rahmen während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

In unserer Gesellschaft wird häufig bei geselligen Anlässen in größerem Rahmen, wie z.B. bei einer Party oder einer Feier Alkohol getrunken. Frauen gaben etwas häufiger als Männer an, vor Krankheitsbeginn bei Anlässen in größerem Rahmen getrunken zu haben. Auffallend ist das Abfallen der Trinkhäufigkeit bereits während der Präalkoholischen Phase wie auch in den anderen Phasen der Alkoholkrankheit, das bei Frauen wesentlich stärker ausgeprägt war. Die Patienten haben Scham- und Schuldgefühle und neigen dazu, ihr Alkoholproblem zu verbergen. Manche Patienten berichteten, sie hätten Alkohol bei einer Feier abgelehnt, auf der Toilette dann aber ihren "Flachmann" getrunken. Außerdem führt fortschreitender Alkoholismus zu zunehmender sozialer Isolierung, so daß seltener Feierlichkeiten besucht werden.

5.1o.2.5. Morgendliches Trinken



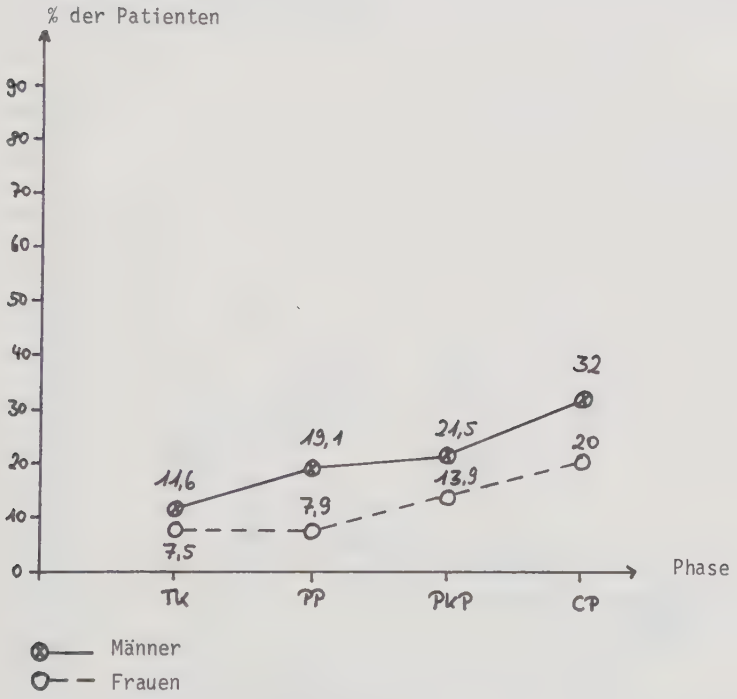
TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 82: Morgendliches Trinken während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Morgendliches Trinken wird häufig deviantem Trinkverhalten zugerechnet. Nur bei wenigen Ereignissen (z.B. Frühschoppen) oder in einigen Berufen (z.B. Bauarbeiter) erscheint morgendliches Trinken gesellschaftlich toleriert. Entsprechend gering ist der Anteil der morgens Trinkenden vor Krankheitsbeginn. Mit zunehmendem Fortschreiten der Alkoholkrankheit ist morgendliches Trinken häufiger bis zum Erreichen der Chronischen Phase, die durch regelmäßiges morgendliches Trinken definiert ist (55).Während der ersten drei Phasen der Alkoholkrankheit gaben etwas mehr Männer als Frauen

morgendliches Trinken an, prozentual etwas mehr Männer befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Chronischen Phase (siehe Seite 59).

5.1o.2.6 Trinken beim Mittagessen



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 83: Trinken beim Mittagessen während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Alkoholgenuß beim Mittagessen ist in Deutschland gegenüber anderen Ländern (z.B. Frankreich) weniger üblich. Entsprechend niedrig ist der Anteil der untersuchten Patienten, die beim Mittagessen Alkohol konsumierten. Im Verlauf der Alkoholkrankheit wird die notwendige Trinkfrequenz höher, somit wächst auch der Anteil der Patienten, die zum Mittagessen Alkohol konsumieren. Der höhere Anteil der Männer erklärt sich durch ihre häufigere Trinkfrequenz (siehe Seite 171) und die Tatsache, daß in einigen männerspezifischen Berufen mittags Alkohol konsumiert wird.

5.1o.2.7. Trinken beim Abendessen

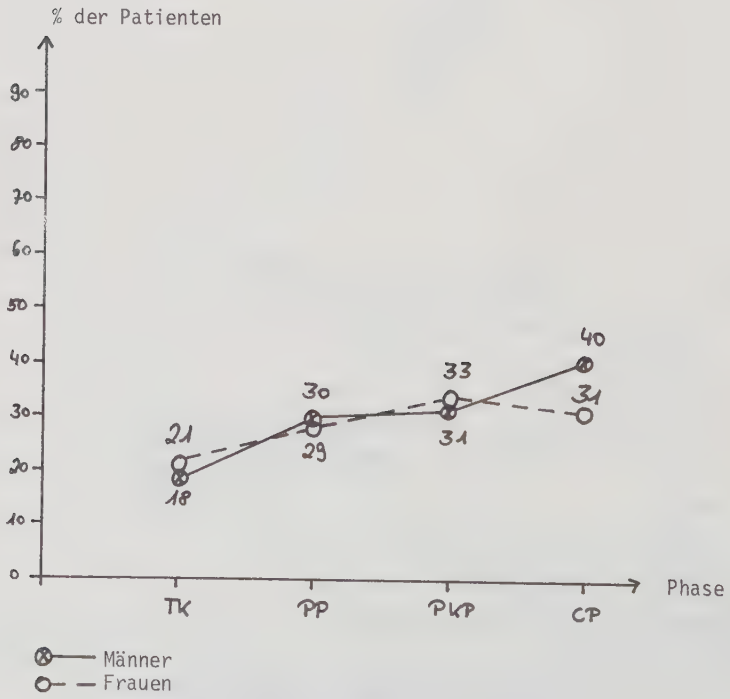
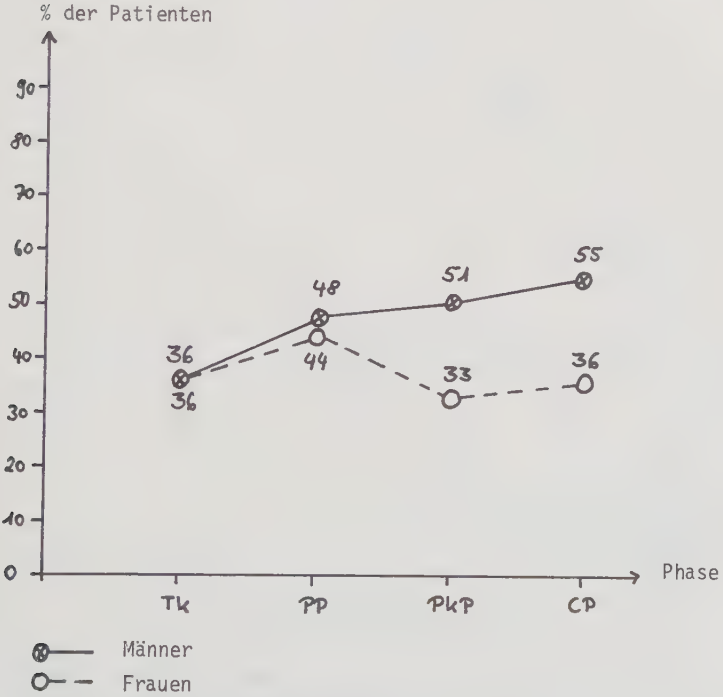


Abb. 84: Trinken beim Abendessen während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Beim Abendessen wurde häufiger als beim Mittagessen Alkohol konsumiert. Es zeigt sich ebenfalls eine ansteigende Tendenz im Verlauf der Alkoholkrankheit, aber es finden sich keine ausgeprägten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Das Abendessen wird häufig daheim eingenommen. Die erhöhte Trinkfrequenz der Männer wird bei den Frauen durch die Tatsache ausgeglichen, daß sie häufiger in heimischer Atmosphäre trinken.

5.1o.2.8. Trinken beim Fernsehen

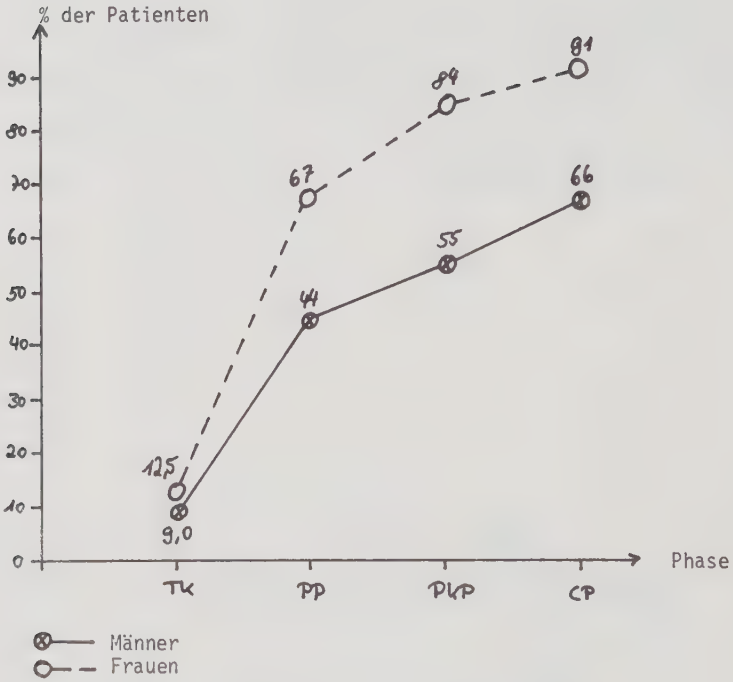


TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 85: Trinken beim Fernsehen während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Alkohol wurde häufig beim Fernsehen konsumiert. Bei den Männern zeigt sich ein Anstieg der Werte, bei den Frauen ein vorübergehender Abfall.

5.1o.3. Heimliches Trinken



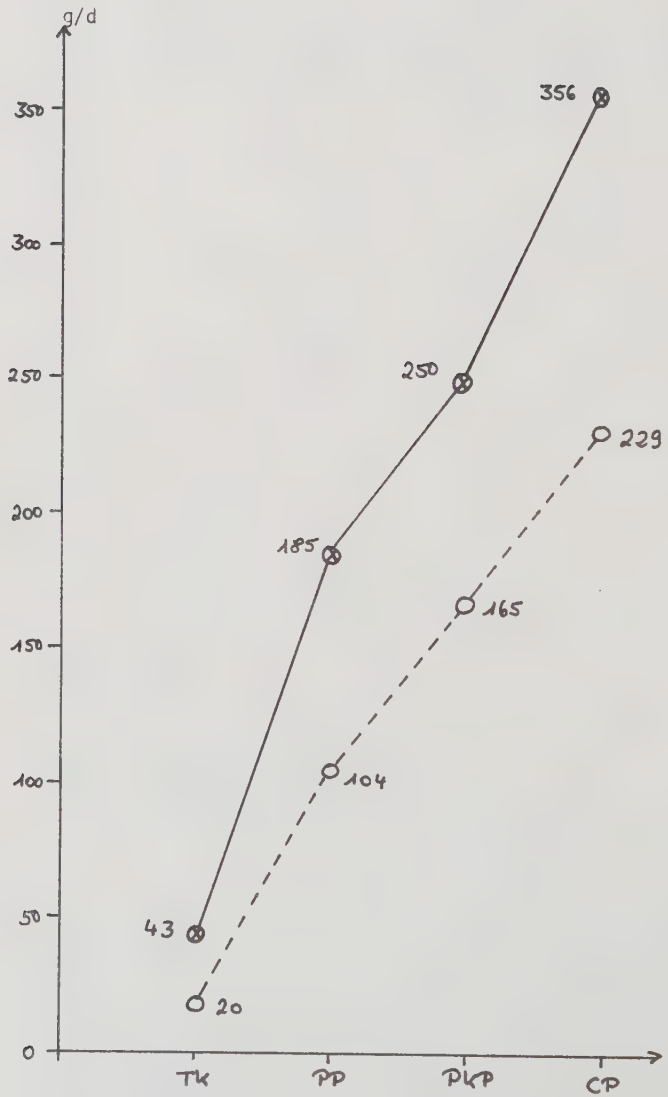
TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 86: Heimliches Trinken während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Die Patienten wurden gefragt, ob sie heimlich trinken. JELLINEK sieht heimliches Trinken als frühes Symptom der Prodromalphase an. (siehe Seite 12) Abb. 86 zeigt, daß bereits in der Präalkoholischen Phase zwei Drittel der Frauen und fast die Hälfte der untersuchten Männer heimlich tranken. Ein weiterer Anstieg erfolgte in den nächsten Phasen. Der Kurvenverlauf ähnelt dem des Allein-Trinkens (siehe Seite 173). Die Differenz zwischen Frauen und Männern ist beim heimlichen Trinken jedoch deutlicher ausgeprägt. Eine trinkende oder gar betrunkene Frau paßt weniger in unser Gesellschaftsbild

als ein entsprechender Mann. Viele Frauen sind für das Alkoholproblem und seine Folgen sensibler und haben eine größere Verheimlichungstendenz. Dadurch, daß viele Frauen länger allein in einem Haushalt sind als Männer, haben sie eher Möglichkeiten, heimlich zu trinken.

5.1o.4. Trinkmenge Alkohol



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP= Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 87: Durchschnittliche tägliche Trinkmenge reinen Alkohols während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

Während die untersuchten Patienten vor Krankheitsbeginn noch ähnliche Mengen Alkohol konsumierten wie die Durchschnittsbevölkerung (siehe Seite 97) zeigt sich bereits während der Präalkoholischen Phase ein deutlicher Anstieg auf durchschnittliche Trinkmengen, die bereits im pathologischen Bereich liegen. Verschiedene Tests versuchen mit Hilfe von vielen Parametern, die Diagnosestellung "Alkoholismus" zu erleichtern. Der Münchner Alkoholismustest ("MALT") nach FEUERLEIN nennt beispielsweise eine tägliche Alkoholmenge von mindestens 15o ml (entspricht 12o mg) für Männer und 12o g (entspricht 96 g) für Frauen als eines von verschiedenen Kriterien für das Vorliegen einer Alkoholkrankheit (32). Das sind Werte,die bereits knapp unter unserem Durchschnittswert der Frauen und deutlicher unter unserem Durchschnittswert der Männer für die Präalkoholische Phase liegen.

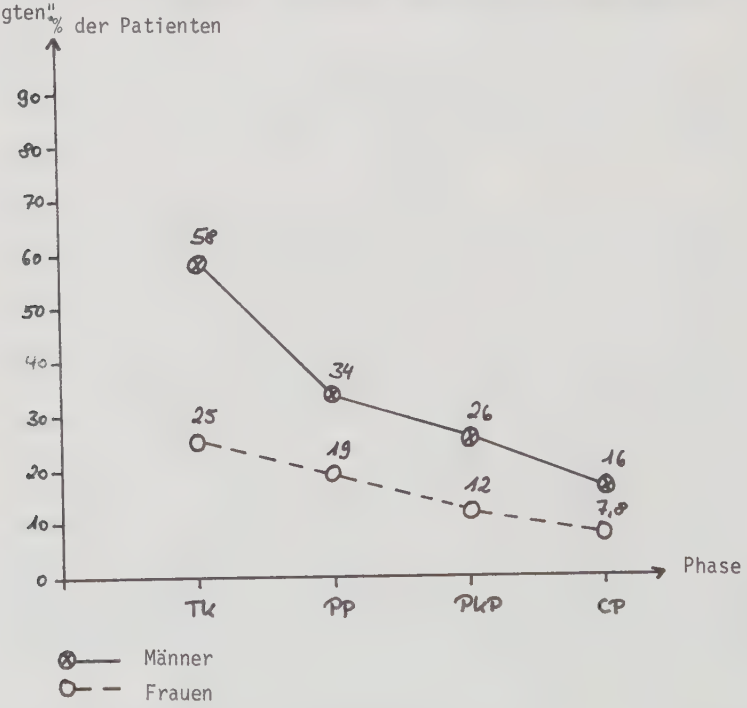
Bei Untersuchungen über das Trinkverhalten Alkoholkranker besteht grundsätzlich das Problem, daß viele Patienten Abwehrmechanismen noch nicht abgebaut haben, so daß sie ihr Alkoholproblem bagatellisieren und zu niedrige Trinkmengen angeben. Dieses Problem erscheint bei dieser Untersuchung gering, da die Patienten bereits einen dreiwöchigen intensiven Lernprozeß im Jüdischen Krankenhaus hinter sich hatten. Nahezu alle Patienten bekannten sich dazu, alkoholkrank zu sein. Die genannte Alkoholmenge scheint somit nicht wesentlich von der tatsächlich konsumierten Alkoholmenge zu differieren. Die genannten Alkoholmengen lassen Organschäden vermuten. PEQUINOT et al. geben eine Organverträglichkeitsgrenze bezüglich der Entwicklung einer Leberzirrhose von 6o g pro Tag für Männer und 2o g pro Tag für Frauen an, wobei deutliche interindividuelle Unterschiede bestehen (83). In der Tat hatte der größte Teil der Patienten im Jüdischen Krankenhaus zum Teil ausgeprägte organische Folgeschäden (59,6o).

Die Männer tranken während der Präalkoholischen Phase die 1,8-fache, während der Prodromalphase und der Kritischen Phase die 1,5-fache und während der Chronischen Phase die 1,6-fache Menge Alkohol im Vergleich zu den Frauen, das bedeutet für alle Phasen zusammen ein Verhältnis von 1:1,6. Auch andere Autoren fanden höhere Trinkmengen bei Männern als bei Frauen (32,65, 85,93). Von KEYSERLINGK nennt eine Relation von 1:1,9 (65). PLANT ein Verhältnis von 1:2,o (85).

5.1o.5. Bierkonsum

5.1o.5.1. Bier als bevorzugtes Getränk

Auf Seite 1o2 wurde als "bevorzugtes Getränk" ein Getränk definiert, das alkoholmengenmäßig mehr als doppelt so viel konsumiert wird wie jedes einzelne andere Getränk. Im folgenden soll der prozentuale Anteil der Patienten genannt werden, die in der oben definierten Weise Bier "bevorzugten".

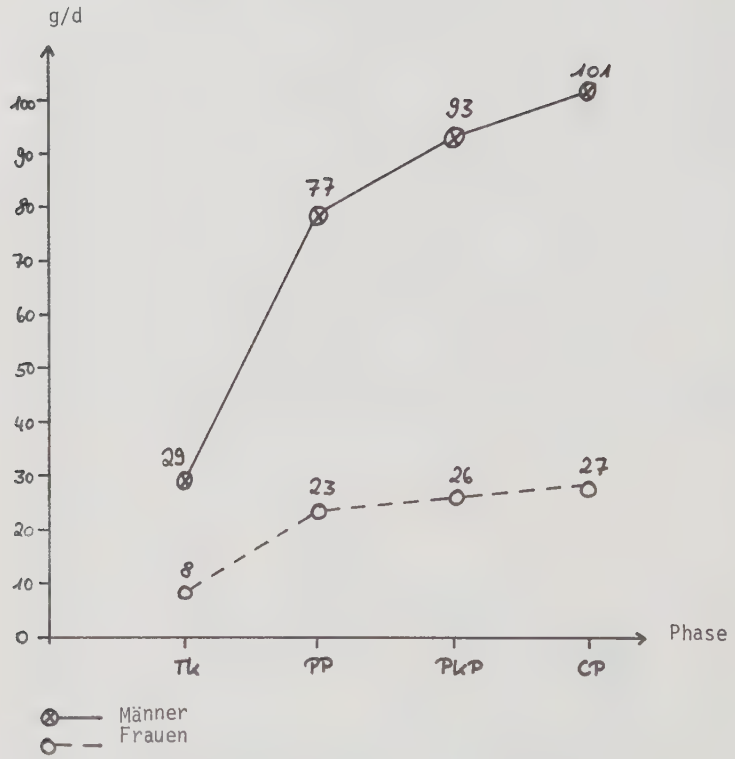


TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 88: Anteil der Patienten, die Bier als bevorzugtes Getränk während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit tranken

Mehr Männer bevorzugten Bier als Frauen. Bei beiden Geschlechtern verringerte sich der Bieranteil im Verlauf der Alkoholkrankheit. Zum Aufrechterhalten einer notwendigen Alkoholwirkung werden vom Alkoholiker Alkoholmengen benötigt, die oft in Form von Bier zugeführt eine zu grosse Flüssigkeitszufuhr bedeuten würden. Hätte jeder Alkoholiker seinen Alkoholbedarf in Form von Bier während der Chronischen Phase decken wollen, so hätte er durchschnittlich 8,9 l Bier pro Tag konsumieren müssen (siehe Seite 156). Für den heimlich Trinkenden ist eine konzentrierte Zufuhr ebenfalls günstiger. Diese genannten Faktoren bedingen die geringere Bedeutung des Bieres während der letzten Phasender Alkoholkrankheit. Immerhin ist festzustellen, daß etwa jeder sechste Mann und jede dreizehnte Frau selbst in der Chronischen Phase Bier bevorzugte. Die Bedeutung des Bieres im Rahmen der Alkoholkrankheit ist somit nicht von der Hand zu weisen. Insbesondere als "Einstiegsdroge" spielt Bier eine eminente Rolle, vor allem beimMänneralkoholismus.

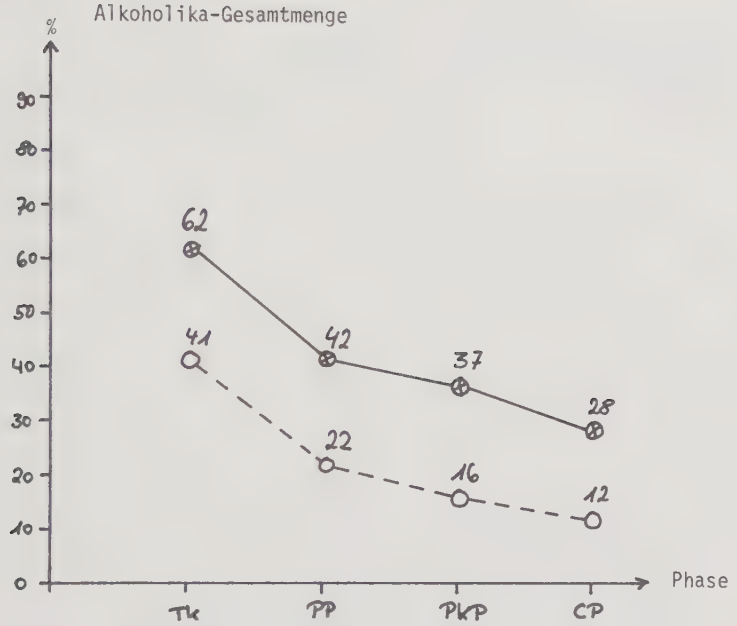
5.1o.5.2. Trinkmengen Bier



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 89: Tägliche durchschnittliche Trinkmengen reinen Alkohols, die in Form von Bier während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit getrunken wurden.

Abb. 89 zeigt, daß die absoluten Trinkmengen Bier im Verlauf der Alkoholkrankheit zunehmen. Die sich verringernde relative Bedeutung des Bieres (siehe Abb. 88) täuscht somit über eine durchaus weiterbestehende absolute Bedeutung des Biergenusses hinweg. Den relativen Anteil der Biermenge am Alkoholgesamtkonsum zeigt Abb. 9o.



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

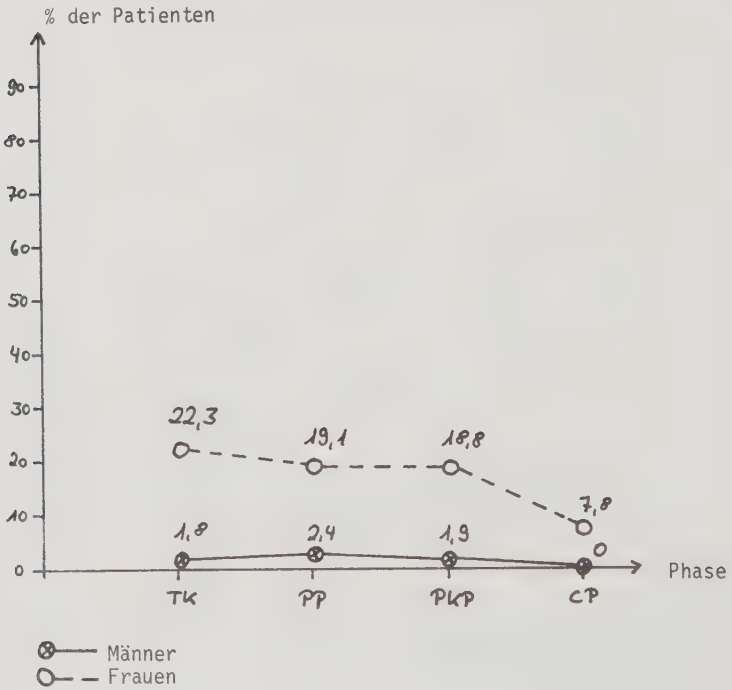
Abb. 9o: Anteil des Bieres an der konsumierten Alkoholika-Gesamtmenge während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit

5.1o.5.3. Biersorten

Der Konsum verschiedener Biersorten blieb im Verlauf der Alkoholkrankheit relativ konstant. Es finden sich Veränderungen bei Starkbier und Berliner Weiße. Eine Übersicht zeigt Tab. J (siehe Seite 212).

5.1o.6. Wein- und Sektkonsum

5.1o.6.1. Wein und Sekt als bevorzugte Getränke

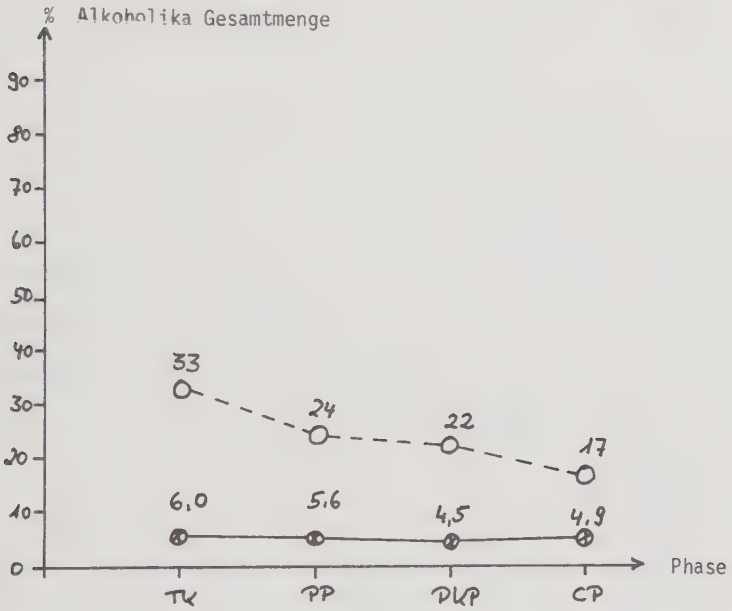


TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 91: Anteil der Patienten, die Wein oder Sekt als bevorzugtes Getränk während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit tranken.

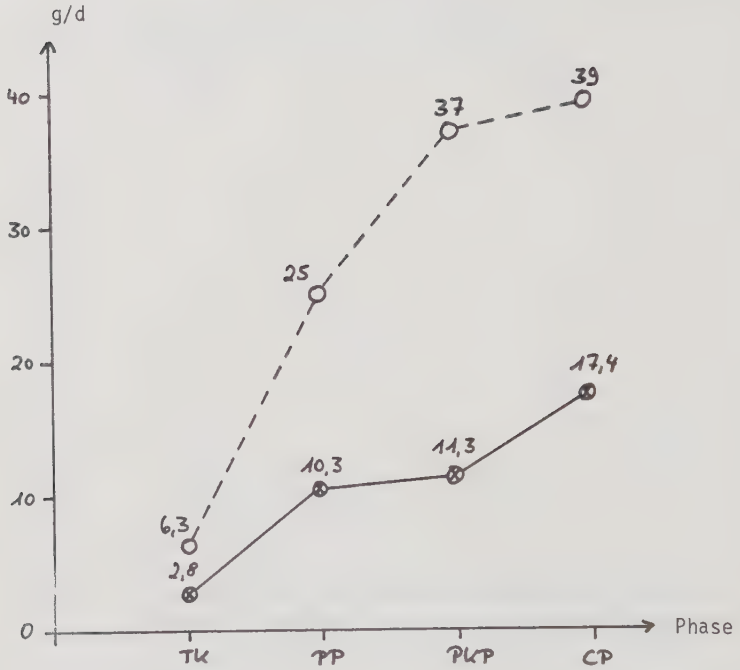
Wein und Sekt waren nur bei sehr wenigen Männern bevorzugtes Getränk. Während der Chronischen Phase trank kein Mann Wein oder Sekt als bevorzugtes Getränk. Der Anteil der bevorzugt Wein oder Sekt trinkenden Frauen war höher, verringerte sich jedoch auch im Verlauf der Alkoholkrankheit,insbesondere während der Chronischen Phase. Abb. 92 und 93 zeigen relative und absolute Wein- und Sektmengen im Verlauf der Alkoholkrankheit.

5.1o.6.2. Trinkmengen Wein und Sekt



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 92: Anteil von Wein und Sekt an der konsumierten Alkoholika-Gesamtmenge während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 93: Tägliche durchschnittliche Trinkmengen reinen Alkohols, die in Form von Wein oder Sekt während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit getrunken wurden.

Auch wenn der relative Anteil des Weinkonsums wie der des Bierkonsums nachließ, so ist eine Zunahme der absoluten Menge im Verlauf der Alkoholkrankheit bei Frauen wie bei Männern festzustellen. Frauen tranken mehr Wein als Männer. Folgende Ursachen sind wahrscheinlich:

1. Die untersuchten Frauen hatten eine höhere Schulausbildung und gehörten gehobeneren sozialen Schichten an als die Männer. Schicht- und ausbildungsspezifisch ist ein höherer Weinkonsum zu erwarten.

2. Frauen tranken häufiger zu Anlässen,bei denen Alkoholkonsum in Form von Weinkonsum gesellschaftlich eher zu erwarten ist.

Insgesamt spielt der Wein- und Sektkonsum im Rahmen der Alkoholkrankheit eine geringere Rolle als der Bierkonsum.

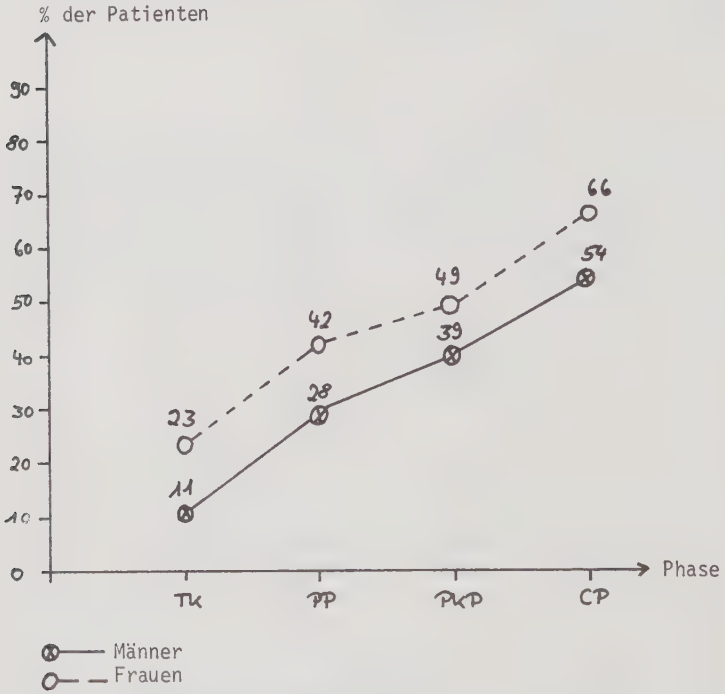
5.6.1o.3. Weinsorten und Sekt

Mehr Männer als Frauen tranken Weiß- und Rotwein, mehr Frauen konsumierten Sekt. Diese Tatsache ist mitbedingt durch das häufigere Trinken der Patientinnen bei geselligen Ereignissen in größerem Rahmen. Im Verlauf der Alkoholkrankheit zeigen sich außer einer Verminderung des Dessertwein- und Wermutkonsums bei Frauen in der Chronischen Phase keine wesentlichen Veränderungen.

Genauere Angaben siehe Tab. K (Seite212).

5.1o.7. Spirituosenkonsum

5.1o.7.1. Spirituosen als bevorzugtes Getränk



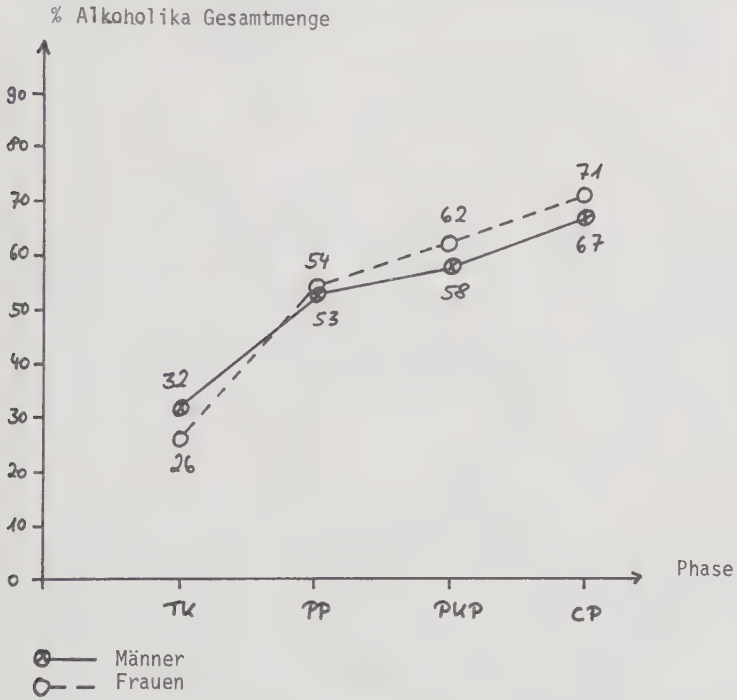
TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 94: Anteil der Patienten, die Spirituosen als bevorzugte Getränke während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit tranken

Spirituosen waren bei Männern und besonders bei Frauen in zunehmendem Maße bevorzugtes alkoholisches Getränk.

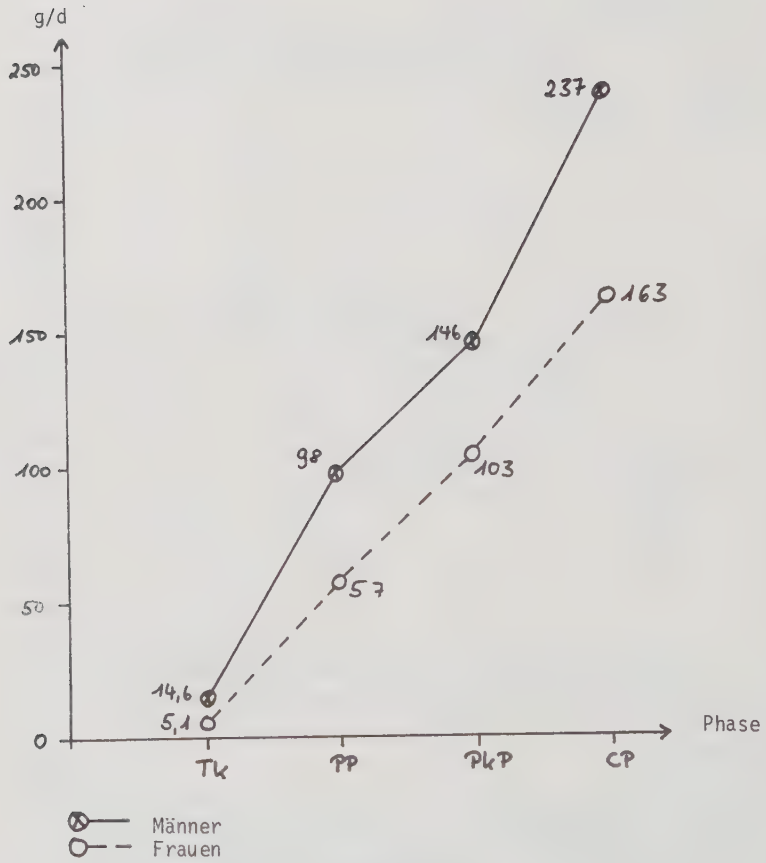
5.1o.7.2. Trinkmengen Spirituosen

Die relativen und absoluten Trinkmengen zeigen Abb. 95 und 96.



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 95: Anteil von Spirituosen an der konsumierten Alkoholika-Gesamtmenge während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit



TK = Trinken vor Krankheitsbeginn
PP = Präalkoholische Phase
PKP = Prodromalphase und Kritische Phase
CP = Chronische Phase

Abb. 96: Tägliche durchschnittliche Trinkmengen reinen Alkohols, die in Form von Spirituosen während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit getrunken wurden

Erwartungsgemäß finden sich bei den relativen und absoluten Trinkmengen ebenfalls Zunahmen während des Krankheitsverlaufes.
Da der Alkoholgehalt der Spirituosen den des Bieres übersteigt und die Männer - absolut gesehen - mehr Spirituosen tranken, sind die relativen

Spirituosenmengen bei den Frauen ähnlich wie bei den Männern. Spirituosen sind hochkonzentrierte alkoholhaltige Getränke. Der Alkoholiker benötigt - besonders in fortgeschrittenen Phasen - eine große Menge Alkohol, die mit einer möglichst kleinen Flüssigkeitsmenge kombiniert sein soll. Somit besitzen die Spirituosen besonders in der Chronischen Phase der Alkoholkrankheit einen hohen Stellenwert.

5.1o.7.3. Spirituosensorten

Am häufigsten wurde von Männern und Frauen Wodka getrunken. Mehr Männer tranken Wodka als Frauen, mit fortschreitender Alkoholkrankheit tranken mehr Männer und Frauen Wodka. Liköre wurden vor Krankheitsbeginn mehr von Frauen als von Männern getrunken. Im Verlauf der Erkrankung tranken weniger Frauen Liköre, so daß der Anteil der likörtrinkenden Frauen und Männer schließlich ähnlich war. Tab. L (Seite 213) gibt einen genaueren Überblick.

5.11. Suizidgedanken und Suizidversuche (Frage 25)

134 Männer (46,o%) und 66 Frauen (57,4%) gaben an, Suizidgedanken gehabt zu haben. 6o Männer (2o,6%) und 38 Frauen (33,o%) nannten Selbstmordversuche. Eine Frau machte keine Angaben zu Selbstmordgedanken, sechs Männer äußerten sich nicht über Selbstmordversuche.

Im Verlauf der Alkoholkrankheit entwickeln viele Patienten Scham- und Schuldgefühle, sie vernachlässigen häufig sich selbst, ihre Freunde und ihre Familie. Durch Alkoholkonsum werden viele straffällig und verlieren Führerschein und Beruf. Der Kranke gerät in eine Ausweglosigkeit, deren einzige Lösungsmöglichkeit für ihn oft nur der Tod bedeutet.

Die untersuchten Frauen waren stärker von Selbstmordgedanken und -versuchen betroffen. Dieses Ergebnis entspricht anderen Untersuchungen (19,2o, 27,65,78,88,92,1oo,12o). Alkoholkranke Frauen sind im Gegensatz zu alkoholkranken Männern eher depressiv (1o4), haben einen höheren Neurotizismus-Index (114), insgesamt mehr psychiatrische Schäden (8,2o,46,1oo,117,12o), ein vermindertes Selbstwertgefühl (8,85), mehr Eheprobleme (19,1o4), eher Partner, die ebenfalls alkoholkrank sind (4,1o,11,13,2o,31,51,78) und

andere alkoholkranke Familienangehörige (13,99,1o2,117), ihr Trinken wird sozial nicht so lange toleriert (65). Sie trinken häufiger allein und heimlich (siehe Seite 173). Ein Teil der Frauen begann das Trinken nach spezifischen Problemsituationen (siehe Seite 33).

5.12. Alkohol und andere Suchtmittel (Fragen 26 und 27)

5.12.1. Drogen

Um Drogen und Medikamente zu erfassen, die neben dem Alkohol noch eine Rolle in der Abhängigkeit spielen, wurde den Patienten die Frage gestellt: "Nahmen Sie regelmäßig stimmungsverändernde Medikamente?" Es stellte sich heraus, daß diese Frage zu Beginn der Untersuchung häufig falsch negativ beantwortet wurde (siehe Seite 27). Daraufhin wurden die Patienten während des Interviews noch einmal auf diese Frage aufmerksam gemacht. Es stellte sich heraus, daß daraufhin ein größerer Teil diese Frage positiv beantwortete. In diesem Zusammenhang wurden die Patienten nach der Art der stimmungsverändernden Mittel gefragt. Dabei ergab sich, daß zwei Männer und eine Frau opiatabhängig waren und zwei Männer regelmäßig Haschisch konsumierten. Es besteht sicherlich eine häufige Koinzidenz zwischen Alkohol und Drogenkonsum. Da sich die II. Innere Abteilung des Jüdischen Krankenhauses jedoch ausschließlich auf die Therapie Alkoholkranker eingestellt hat, ist der Anteil der Drogenabhängigen relativ klein.

5.12.2. Medikamente

39 Männer (13,4%) und 29 Frauen (25,2%) gaben an, stimmungsverändernde Medikamente genommen zu haben. Der wahre prozentuale Anteil dürfte bei beiden Geschlechtern etwas höher liegen (siehe Seite 27). Im Interview wurden vor allem Medikamente der Benzodiazepingruppe angegeben. Seltener wurden Distraneurin, Weckamine und Appetitzügler genannt.

Frauen kombinierten Alkohol häufiger mit Medikamenten als Männer. Dieses Ergebnis entspricht den Aussagen anderer Untersuchungen (5,12,13,19,25,51, 85).

Bedingtdurch das in unserer Gesellschaft weniger tolerierte Bild einer trinkenden oder betrunkenen Frau finden sich bei Frauen ausgeprägtere Scham- und Schuldgefühle, Selbstverachtung und Ängste, so daß alkoholkranke Frauen eher zusätzlich zu stimmungsverändernden, meist dämpfenden Medikamenten greifen.

5.12.3. Tabak

Die Patienten wurden nach dem täglichen Zigarettenkonsum während der letzten Monate vor dem Krankenhausaufenthalt gefragt. 25o Männer (85,9%) rauchten durchschnittlich etwa 3o Zigaretten täglich. Ein Mann gab an, 12 Pfeifen, ein anderer 2o Zigarillos pro Tag zu rauchen. 39 Männer rauchten keine Zigaretten.
76 Frauen (66,1%) rauchten durchschnittlich etwa 27 Zigaretten täglich, 39 Frauen gaben keinen Zigarettenkonsum an.

Der Anteil der Nikotiniker unter den Frauen war geringer als unter den Männern. Die Frauen, die rauchten, konsumierten eine nur geringfügig kleinere Menge Zigaretten täglich.

1981 betrug der jährliche Zigarettenverbrauch je Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin 2.113 Stück (95). Das bedeutet einen täglichen Genuß von 5,8 Zigaretten pro Einwohner. Selbst wenn man Altersgruppen ausschließt, die überlicherweise keinen Zigarettenkonsum aufweisen, so liegen die untersuchten 291 Männer mit durchschnittlich 26 Zigaretten und die 115 Frauen mit durchschnittlich 18 Zigaretten pro Tag deutlich über der sonst üblichen konsumierten Zigarettenmenge.

Viele Alkoholkranke weisen ein Suchtverhalten auf, das sich nicht nur auf alkoholische Getränke beschränkt.

6. ZUSAMMENFASSUNG

291 männliche und 115 weibliche alkoholkranke Patienten der II. Inneren Abteilung (psychosomatische Abteilung) des Jüdischen Krankenhauses Berlin wurden während des Zeitraumes vom 1o.9.198o bis zum 26.3.1981 mit Hilfe eines Fragebogens über ihr Krankheitsbild und insbesondere über die Entwicklung ihres Trinkverhaltens während des Krankheitsverlaufes befragt. Dabei wurde das Krankheitsmodell von JELLINEK berücksichtigt. Diese Arbeit untersucht unterschiedliches Verhalten zwischen weiblichen und männlichen Alkoholkranken. Zur Errechnung von Trinkmengen wurde ein modifizierter Quantity-Frequency-Index angewandt.

Allgemeine Ergebnisse: Männer und Frauen waren durchschnittlich jeweils 4o,3 Jahre alt. Mehr Männer waren ledig, mehr Frauen verwitwet. Frauen hatten einen durchschnittlich höheren Schulabschluß und gehörten einer gehobeneren sozialen Schicht an. Etwas mehr Frauen hatten alkoholkranke Familienangehörige.

Angaben über die Alkoholkrankheit: Der größte Teil der Patienten war Gamma-Alkoholiker. Relativ waren etwas mehr Frauen Gamma-, etwas mehr Männer Delta-Alkoholiker.
Männer tranken früher ihr erstes alkoholisches Getränk und hatten eher ihren ersten Rausch. Die Anamnese ihrer Alkoholkrankheit war länger.

Erleichterungstrinken hatten sie durchschnittlich seit 12 Jahren (Frauen 9 Jahre). Gedächtnislücken. Kontrollverluste und Entzugszeichen traten bei Männern gleichermaßen durchschnittlich 4,5,bei Frauen ca. 3 Jahre vor der Untersuchung auf. Gedächtnislücken finden sich nach JELLINEK in der Prodromalphase und Kontrollverluste in der kritischen Phase. Da das zeitliche Auftreten dieser Symptome nicht sicher differenziert werden konnte - bei den Männern traten die Kontrollverluste sogar durchschnittlich früher als die Gedächtnislücken auf - wurden Prodromal- und kritische Phase zusammengefaßt. Diese zusammengefaßte Phase war bei den Männern mit durchschnittlich 6 Monaten deutlich kürzer als bei den Frauen (knapp 4 Jahre gegenüber gut 2 Jahren). Regelmäßiges morgendliches Trinken charakterisiert nach

JELLINEK den Beginn der chronischen Phase, in welcher sich mehr untersuchte Männer als Frauen befanden. Etwa 2 Jahre lang bestand bei Frauen und Männern der Wunsch, vom Alkohol freizukommen, etwa 1 Jahr lang der Wunsch nach Behandlung.

Ergebnisse zum Trinkverhalten: Männer tranken häufiger und mehr Alkohol als Frauen. Männer konsumierten mehr Bier, Frauen mehr Wein. Spirituosen waren bei Frauen eher bevorzugtes Getränk, während Männer mehr absolute Mengen Spirituosen als Frauen tranken. Bier galt insbesondere bei vielen Männern als "Einstiegsdroge". Auch in späteren Phasen der Alkoholkrankheit spielte Bier beim Männeralkoholismus eine Rolle. Wein hatte eine im Verlauf der Alkoholkrankheit abnehmende Bedeutung. Spirituosen wurden vor allem während der letzten Phasen der Alkoholkrankheit getrunken.Pils war bevorzugte Biersorte. Männer tranken eher Weiß- oder Rotwein als Frauen, Frauen eher Sekt als Männer. Wichtigste Spirituosensorte war besonders in den letzten Phasen der Alkoholkrankheit Wodka.Frauen tranken häufiger allein und heimlich als Männer. Männer tranken eher als Frauen während einer Gesellschaft in kleinem Rahmen, bei der Arbeit, beim Mittagessen und beim Fernsehen. In den letzten Phasen der Alkoholkrankheit tranken Patienten beider Geschlechter häufiger allein als in Gesellschaft.

Ergebnisse über Suizidgedanken und -versuche sowie Suchtmittel neben dem Alkohol: Frauen gaben häufiger Suizidgedanken und -versuche an als Männer. Besonders Frauen kombinierten häufig Alkoholgenuß mit Einnahme von Tranquilizern. Ausgeprägter Zigarettenkonsum bei beiden Geschlechtern ist Zeichen eines allgemeinen Suchtverhaltens bei Alkoholkranken.

Diese Arbeit läßt somit deutliche Unterschiede zwischen Frauen- und Männeralkoholismus erkennen.

Möge diese Untersuchung einen weiteren Einblick in das Trinkverhalten alkoholkranker Frauen und Männer geben.

A N H A N G

ANHANG 1: TABELLEN

Tab. A: Alkoholgehalt verschiedener alkoholischer Getränke in Gew. - % (=g/1oo ml)

Alkoholische Getränke

Bier	Gew.-% (=g/1ooml)
Export,Pils, Alt- und Lagerbier, Weizenbier	3,2-4,8
Starkbiere: Bock, Doppelbock, Märzenbier	4,1-6,7
"Berliner Weiße"	2,4-3,o
Malzbier	o,4-1,5
"Alkoholfreies"Bier (Einfachbier)	bis o,5

Wein	
Weißwein (Durchschnittswerte)	8,5-9,5
Rotwein	8,5-1o,5
Dessertwein,Wermut	12,o-16,o
Obstweine	6,4-8,8
Sekt	7,6-11,3

Spirituosen	
Liköre (Eier-,Sahne-, Schokoladenlikör)	16,3
Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.	2o,4
Bitterliköre,Kräuterliköre, (Stonsdorfer),Curacao usw.	24,7
Edelkirsch Jägermeister usw.	29,o
Danziger Goldwasser	31,6
Grand Marnier usw.	33,4
Branntweine: Bitter (Angostura),Klarer, Korn,Wacholder	26,4
Aquavit,Kümmerling, Sechsämtertropfen	29,o
Weinbrand,Arrak,Genever, Gin,Obstler,Edelkorn usw.	31,6
Wodka	31,5
Doppelkorn,Rum,Steinhäger,Doornkaat,Bacardi, Bommerlunder,Slivovitz, Obstbrände usw.	33,4

Spirituosen	Gew.-% (=g/1ooml)
Whisky,Calvados	36,o
Pernod, Raki	37,8
Underberg	41,5
Rum:Pott-Rum	46,3
Strohrum	63,2-73,5

aus: GERCHOW et.al. (41). S.3of.
MERBER et.al. (45), S. 12.

Tab. B: Familienstand

	Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ledig	76	26,1	19	16,5
davon ohne Lebenspartner	7o	24,1	17	14,8
davon mit Lebenspartner	6	2,1	2	1,7
verheiratet	149	51,2	58	5o,4
davon mit Ehepartner lebend	113	38,3	46	4o,o
davon getrennt lebend	24	8,2	1o	8,7
davon mit and.Lebenspartner	12	4,1	2	1,7
geschieden	56	19,2	24	2o,9
davon mit neuem Lebenspartner	6	2,1	3	2,6
verwitwet	8	2,7	14	12,2
davon mit neuem Lebenspartner	1	o,3	1	o,9
ohne Angabe	2	o,7	-	-
Gesamt n	291		115	

Tab. C: Berufstätigkeit bei Männern und Frauen

	Männer		Frauen	
berufstätig	146	5o,2 %	53	46,1 %
nicht berufstätig	127	43,6 %	59	51,3 %
Schüler/Student	4	1,4 %	-	-
Umschulung	1	o,3 %	-	-
berentet	4	1,4 %	3	2,6 %
ohne Angabe	9	3,1 %	-	-
n_1 =	291		n_2=115	

Tab. D: Berufsausbildung und jetziger Beruf

	Männer		Frauen	
- kein Berufswechsel	115	39,5 %	48	41,7 %
- Wechsel in eine höhere Schicht	17	5,8 %	3	2,6 %
- Wechsel in eine niedrigere Schicht	38	13,1 %	19	16,5 %
- Beruf ohne Ausbildung	45	15,5 %	13	11,3 %
- Berufswechsel,aber kein Schichtwechsel	7o	24,1 %	17	14,8 %
- weder Beruf erlernt noch Beruf angegeben	5	1,7 %	5	4,3 %
- kein erlernter Beruf - jetzt Hausfrau	-	-	5	4,3 %
- erlernter Beruf - jetzt Hausfrau	-	-	5	4,3 %
- ohne Angabe	1	o,3 %	-	-
n_1=	291		n_2=115	

Tab. E: Alkoholkranke Familienangehörige (Mehrfachnennungen waren möglich)

	Männer	%	Frauen	%
Vater	4o	13,7	21	18,3
Mutter	8	2,7	4	3,5
Bruder	12	4,1	4	3,5
Schwester	6	2,1	3	2,6
Großvater	8	2,7	2	1,7
Urgroßvater	2	o,7	-	-
Onkel	3	1,o	1	o,9
Tante	3	1,o	1	o,9
Großtante	-	-	1	o,9
Summe der Familienangehörigen	82		37	
Summe der Patienten mit alkoholkranken Familienangehörigen	67	23,o	32	27,8
	n_1= 291		n_2= 115	

Tab. F: Erster Alkoholkonsum und konsumiertes Getränk

(Jh.) Alter	MÄNNER B	W	S	Komb.	?	Gesamt	FRAUEN B	W	S	Komb.	?	Gesamt
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	1	1	-	-	2	-	-	1	-	-	1
6	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	1
7	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
8	-	-	1	-	1	2	-	-	1	-	1	2
9	1	1	1	1	-	4	-	-	-	-	-	-
1o	4	1	1	-	-	6	-	2	-	-	-	2
11	-	-	2	1	1	4	-	-	-	1	1	2
12	7	5	5	3	-	2o	-	1	-	-	1	2
13	6	2	2	3	-	13	-	1	-	-	-	1
14	21	15	5	15	3	59	-	18	4	1	-	23
15	25	5	3	16	3	52	1	12	1	1	2	17
16	15	3	8	8	2	36	2	15	4	1	1	23
17	8	-	3	9	-	2o	2	9	2	3	1	17
18	13	-	2	12	2	29	-	9	2	-	-	11
19	4	-	1	2	-	7	1	1	-	-	-	2
2o	8	2	1	3	-	14	-	3	-	1	-	4
21	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
22	-	-	1	1	-	2	-	-	-	1	-	1
23	1	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-	1
24	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
25	-	-	1	2	1	4	-	-	-	-	1	1
26	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1
27	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	1
28	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
?	3	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-	1
Gesamt	119	36	4o	78	18	291	8	73	16	1o	8	115

B = Bier
W = Wein/Sekt
S = Spirituosen

Komb.=Kombination von mehreren Getränkearten
? = keine Angabe

Tab. G: Erster Rausch und konsumiertes Getränk

	MÄNNER							FRAUEN					
Alter (Jahre	B	W	S	Komb.	?	Gesamt	Ø	B	W	S	Komb.	?	Gesamt
6	-	-	1	-	-	1		-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	1	-	1		-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
1o	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
11	-	-	3	1	1	5		-	-	-	-	-	-
12	1	1	3	1	-	6		-	-	1	-	-	1
13	3	-	2	4	-	9		-	-	-	-	1	1
14	3	7	1	17	-	28		-	4	3	2	1	1o
15	6	-	3	13	1	23		-	1	1	1	1	4
16	16	1	6	26	1	5o		2	1	5	3	-	11
17	4	-	5	21	1	31		1	6	1	2	2	12
18	13	1	5	31	2	52		1	6	2	2	-	11
19	4	-	1	11	1	17		-	5	1	2	1	9
2o	5	2	5	12	-	24		-	8	-	4	-	12
21	3	-	1	2	-	6		-	1	1	1	-	3
22	-	-	2	2	-	4		1	1	-	1	-	3
23	1	-	-	2	-	3		-	-	-	-	1	1
24	1	1	-	2	-	4		1	2	1	1	-	5
25	1	1	1	2	1	6		-	2	3	1	-	6
26	-	-	-	1	-	1		-	1	-	-	-	1
27	-	-	-	-	-	-		-	1	1	-	-	2
28	-	2	-	2	-	4		-	1	-	1	-	2
29	-	-	-	-	-	-		-	1	-	-	-	1
3o	-	-	1	-	-	1		-	-	-	2	-	2
31	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
32	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
33	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
34	-	-	-	1	-	1		1	-	-	-	-	1
35	-	-	-	-	-	-		-	1	-	-	-	1
45	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	1	1
62	-	-	-	-	-	-		-	-	-	1	-	1
Gesamt	61	16	4o	154	2o	291	1	7	44	22	26	15	115

B = Bier
W = Wein/Sekt
S = Spirituosen

Komb.=Kombination von mehreren Getränkearten
? = ohne Angabe
Ø = kein Rausch

Tab. H: Gründe für das Erleichterungstrinken

	Männer		Frauen	
1) um Hemmungen und Unsicherheit zu überwinden	141	48,5 %	58	5o,4 %
2) um die Stimmung zu verbessern	159	54,6 %	49	42,5 %
3) um Angst zu beseitigen	74	25,4 %	44	38,3 %
4) um sich zu beruhigen	126	43,3 %	44	38,3 %
5) um Belastungen zu ertragen	128	44,o %	73	63,5 %
6) andere Angaben	13	4,5 %	8	7,o %
7) keine Angaben, aber Erleichterungstrinken gehabt	3	1,o %	-	-
8) kein Erleichterungstrinken	3	1,o %	-	-
	n_1 = 291		n_2 = 115	

Tab. I: Art der aufgetretenen Entzugszeichen

	Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Unruhe	225	77,3	91	79,1
Verstimmung	97	33,3	41	35,7
Händezittern	245	84,2	86	74,8
Schweißausbrüche	235	8o,8	78	67,8
Übelkeit	124	42,6	56	48,7
morgendliches Erbrechen	177	6o,8	48	41,7
Halluzinationen	52	17,9	23	2o,o
Epileptische Anfälle	41	14,1	11	9,6
Delir	23	7,9	7	6,1
keine Entzugszeichen	14	4,8	7	6,1

Tab. J: Konsumierte Biersorten während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit (einzeln und in Kombinationen getrunken)

Starkbier	Männer	6,1 %	6,4 %	8,8 %	9,3 %
	Frauen	12,3 %	12,5 %	8,2 %	5,4 %
Pils etc.	Männer	95,5 %	95,5 %	94,7 %	95,7 %
	Frauen	87,7 %	87,5 %	91,8 %	91,9 %
"Berliner Weiße"	Männer	3,o %	3,4 %	3,1 %	2,5 %
	Frauen	2,7 %	5,6 %	6,6 %	8,1 %
Malzbier	Männer	3,o %	1,9 %	o,9 %	o,6 %
	Frauen	-	o,4 %	1,6 %	-
Phase		TK	PP	PKP	CP

Tab. K: Konsumierte Weinsorten und Sekt während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit (einzeln und in Kombinationen getrunken)

Weiß- und Rotwein	Männer	9o,3 %	89,o %	91,5 %	89,7 %
	Frauen	69,1 %	75,8 %	77,4 %	75,6 %
Dessertwein,Wermut	Männer	6,5 %	6,1 %	7,o %	8,6 %
	Frauen	16,4 %	11,8 %	13,2 %	3,4 %
Obstweine	Männer	6,5 %	8,5 %	8,5 %	6,9 %
	Frauen	5,5 %	4,8 %	9,4 %	3,4 %
Sekt	Männer	16,1 %	14,6 %	15,5 %	15,5 %
	Frauen	38,2 %	4o,3 %	32,1 %	37,9 %
Phase		TK	PP	PKP	CP

Tab. L: Konsumierte Spirituosensorten während der einzelnen Phasen der Alkoholkrankheit (einzeln und in Kombinationen getrunken)

%

L	Männer	5,7	3,o	2,8	2,3
	Frauen	1o,1	6,5	7,2	3,5
F	Männer	6,7	3,8	2,8	2,8
	Frauen	1o,1	7,5	7,2	3,5
BK	Männer	8,2	9,o	6,1	6,3
	Frauen	1o,1	5,4	4,8	7,o
E	Männer	4,6	4,9	7,7	6,8
	Frauen	1o,1	9,7	9,6	3,5
DG	Männer	1,5	1,9	o,8	1,7
	Frauen	2,9	2,2	1,2	1,7
G	Männer	1,5	1,5	1,2	2,3
	Frauen	1,4	4,3	1,2	5,3
BW	Männer	17,o	17,3	2o,3	24,4
	Frauen	7,2	12,9	19,3	24,6
A	Männer	4,6	6,o	3,3	6,3
	Frauen	2,9	3,2	3,6	3,5
WE	Männer	36,6	37,2	35,o	26,7
	Frauen	27,5	32,3	34,9	29,8
WO	Männer	44,3	5o,o	52,o	6o,2
	Frauen	33,3	36,6	43,4	49,1
DR	Männer	15,5	2o,7	19,5	21,6
	Frauen	13,o	1o,8	1o,8	15,8
WC	Männer	12,9	19,9	18,7	14,8
	Frauen	17,4	15,1	13,3	3,5
PR	Männer	3,6	5,6	5,7	5,1
	Frauen	1,4	3,2	2,4	3,5
U	Männer	4,6	4,5	9,3	8,o
	Frauen	2,9	4,3	6,o	5,3
P	Männer	3,1	5,6	6,1	5,1
	Frauen	2,9	2,2	2,4	1,7
S	Männer	1,5	1,9	1,2	2,8
	Frauen	-	1,1	-	1,7
andere/Männer		o,5	o,4	o,4	o,6
	Frauen	-	1,1	-	1,7
Phase		TK	PP	PKP	CP

Erklärung siehe Seite115 und Seite 198

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit an der Freien Universität Berlin führen wir eine Untersuchung über die Alkoholkrankheit durch. Das Ziel dieser Untersuchung besteht darin, die Entwicklung des Trinkverhaltens bei der Alkoholkrankheit und seine Folgen besser kennenzulernen.

Indem Sie den Fragebogen ausfüllen, helfen Sie, die Behandlung vieler alkoholkranker Menschen zu verbessern. Haben Sie schon jetzt ganz herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Zum Ausfüllen des Fragebogens:
Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwort an, außer dort, wo Mehrfachnennungen vorgesehen sind.

Beispiel 1:
Hatten Sie Gedächtnislücken? ja X nein O

Beispiel 2:
Was tranken Sie bei Ihrem 1. Rausch? (Mehrfachnennungen möglich)
Bier X
Wein/Sekt O
Spirituosen X

Bei einigen Fragen antworten Sie bitte direkt:

Beispiel 3:
Seit wann haben Sie Gedächtnislücken? Seit: 3 Jahren

Es gibt außerdem Fragen, die direkt zu beantworten sind, wo aber auch Mehrfachnennungen möglich sind.

Beispiel 4:
Wieviel Spirituosen tranken Sie in den letzten 3 Monaten pro Tag?

Anzahl		
3	Glas/Gläser ("Schnäpse")	(0,02 l)
_____	kleine Taschenflasche(n)	(0,1 l)
_____	große Taschenflasche(n)	(0,2 l)
1/2	kleine Flasche(n)	(0,7 l)
_____	große Flasche(n)	(1 l)

Die Befragung findet selbstverständlich anonym statt; die Antworten werden streng vertraulich behandelt.

Sollten Sie zu einzelnen Punkten noch Fragen haben, so können wir diese beim Abgeben des Fragebogens durchsprechen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihre

Dr. L. Schmidt (Chefarzt) W. Schmidt

1. Wann sind Sie geboren?.....am: _____

2. Ihr Geschlecht?.....männlich O
weiblich O

3. Ihr Familienstand?.....ledig.....O
verheiratet.....O
mit Lebenspartner.O
geschieden.....O
getrennt lebend...O
verwitwet.....O

4. Sind Sie zur Zeit berufstätig? ja O nein O

5. Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?
_____

5.1. Welchen Beruf haben Sie gelernt? _____

6. Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie?
keinen.....O
Hauptschule/Volksschule.O
Mittlere Reife.....O
Abitur.....O
Hochschule/Universität..O
noch in Ausbildung als:_____

7. Ist oder war einer Ihrer Familienangehörigen alkoholkrank?
ja O nein O

7.1. Wenn ja, wer? _____

---

8. Mit wieviel Jahren tranken Sie zum ersten Mal ein alkoholisch Getränk? Mit_____ Jahren

8.1. Was tranken Sie damals? Bier.....O
Wein oder Sekt..O
Spirituosen.....O
weiß nicht mehr.O

8.2. Bei welcher Gelegenheit war das?
im Familienkreis (z.B. Feier).O
am Arbeitsplatz.....O
mit Freunden.....O
allein.....O
anderer Anlaß:_____

9. Wann hatten Sie Ihren ersten Rausch? Mit_____ Jahren

9.1. Was tranken Sie damals? (Mehrfachnennungen möglich)
Bier.....0
Wein oder Sekt...0
Spirituosen.....0
weiß nicht mehr..0

9.2. Bei welcher Gelegenheit war das?
im Familienkreis (z.B. Feier).0
am Arbeitsplatz.....0
mit Freunden.....0
allein.....0
anderer Anlaß:_____

---

10. Seit wann fühlen Sie sich rückblickend abhängig? Seit:_____

11. Wenn Sie Erleichterungstrinken hatten, warum tranken Sie? (Mehrfachnennungen möglich)
um Hemmungen und Unsicherheit zu überwinden.0
um die Stimmung zu verbessern.....0
um Angst zu beseitigen.....0
um sich zu beruhigen.....0
um Belastungen zu ertragen.....0
andere Ursachen:_____

---

12. Wenn Sie an die Zeit vor Ihrem Erleichterungstrinken zurückdenken, wie oft tranken Sie B i e r ?
während des ganzen Tages....0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche.0
weniger als 1 mal pro Monat.0
nie Bier.....0

12.1. Wie oft tranken Sie vor Ihrem Erleichterungstrinken W e i n o
S e k t ? während des ganzen Tages...0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche.0
weniger als 1 mal pro Monat.0
nie Wein oder Sekt.....0

12.2. Wie oft tranken Sie vor Ihrem Erleichterungstrinken S p i r i t u o s e n ?

während des ganzen Tages....0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche.0
weniger als 1 mal pro Monat.0
nie Spirituosen.....0

12.3. Wieviel B i e r haben Sie vor Ihrem Erleichterungstrinken pro Tag getrunken?
(1 kleines Glas= 0,2 Liter, 1 großes Glas = 0,4 Liter, 1 kleine Flasche=0,33 Liter, 1 große Flasche=0,5 Liter)

mehr als 5 Liter (z.B.mehr als 15 kleine Flaschen).0
3-5 Liter (z.B. 9-15 kleine Flaschen).....0
2-3 Liter (z.B. 6-9 kleine Flaschen).....0
1-2 Liter (z.B. 3-6 kleine Flaschen).....0
1/2 -1 Liter (z.B. etwa 2 kleine Flaschen).....0
0,3 - 0,5 Liter (z.B. etwa 1 großes Glas).....0
0,1 - 0,3 Liter (z.B. etwa 1 kleines Glas).....0
weniger als 0,1 Liter pro Tag.....0
kein Bier.....0

12.4. Welches B i e r bevorzugten Sie vor Ihrem Erleichterungstrinken

Starkbier (Bock, Doppelbock, Märzenbier).....0
Pils, Export, Alt- und Lagerbier oder Weizenbier...0
"Berliner Weiße".....0
Malzbier.....0
anderes Bier:_____
kein Bier.....0

12.5. Wieviel W e i n oder S e k t haben Sie vor Ihrem Erleichterungs trinken getrunken?

mehr als 2 Liter pro Tag.....0
1-2 Liter pro Tag.....0
etwa 1 Liter pro Tag.....0
etwa 0,7 Liter pro Tag.....0
2-3 Gläser pro Tag.....0
etwa 1 Glas pro Tag.....0
etwa 1/2 Glas pro Tag.....0
weniger als 1/2 Glas pro Tag..0
keinen Wein.....0

2.6. Welchen W e i n bevorzugten Sie vor Ihrem Erleichterungstrinken?

Weißwein, Rotwein....0
Dessertwein,Wermut...0
Obstweine.....0
Sekt.....0
andere:_____
keinen Wein oder Sekt 0

2.7. Wieviel S p i r i t u o s e n haben Sie vor Ihrem Erleichterungstrinken getrunken? Anzahl pro Tag

_____ Glas/Gläser ("Schnäpse") (0,02 l)
_____ kleine Taschenflasche(n)(0,1 l)
_____ große Taschenflasche(n)(0,2 l)
_____ kleine Flasche(n) (0,7 l)
_____ große Flasche(n) (1,0 l)

2.8. Welche S p i r i t u o s e n bevorzugten Sie vor Ihrem Erleichterungstrinken?

Liköre (Eier,-Sahne,-Schokoladenlikör).....0
Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.....0
Bitterliköre, Kräuterliköre (Stonsdorfer),Curacao usw.0
Edelkirsch, Jägermeister usw.....0
Danziger Goldwasser.....0
Grand Marnier usw.....0
Branntweine (Bitter, Klarer, Korn, Wacholder.....0
Aquavit, Kümmerling, Sechsamtertropfen.....0
Weinbrand,Arrak,Gennever,Gin,Obstler,Edelkorn usw.....0
Wodka.....0
Doppelkorn,Rum,Steinhäger,Bacardi,Slivovitz,Obstbrand.0
Whisky, Calvaros.....0
Pernod, Raki.....0
Underberg.....0
Rott - Rum.....0
Stroh - Rum.....0
andere:_____
keine Spirituosen.....0

2.9. Bei welcher Gelegenheit tranken Sie vor Ihrem Erleichterungstrinken bevorzugt? (Mehrfachnennungen möglich)

alleine.....0
bei der Arbeit.....0
bei geselligen Anlässen in kleinem Rahmen(z.B.Stammtisch)0
bei geselligen Anlässen in größerem Rahmen(z.B.Party,Feier)0
morgens.....0
beim Mittagessen.....0
beim Abendessen.....0
beim Fernsehen.....0
andere Anlässe:_____

2.10. Tranken Sie zu dieser Zeit manchmal auch heimlich? ja 0
nein

13. Wann begannen Sie, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?
Mit_____Jahren

13.1. Wie oft tranken Sie B i e r, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?

während des ganzen Tages.....0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche..0
weniger als 1 mal pro Monat..0
kein Bier.....0

13.2. Wie oft tranken Sie W e i n oder S e k t, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?

während des ganzen Tages.....0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche..0
weniger als 1 mal pro Monat..0
nie Wein oder Sekt.....0

13.3. Wie oft tranken Sie S p i r i t u o s e n, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?

während des ganzen Tages.....0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche..0
weniger als 1 mal pro Monat..0
nie Spirituosen.....0

3.4. Wieviel B i e r tranken Sie, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken pro Tag?

mehr als 5 Liter (z.B. mehr als 15 kleine Flaschen).0
3-5 Liter (z.B. 9-15 kleine Flaschen).....0
2-3 Liter (z.B. 6-9 kleine Flaschen).....0
1-2 Liter (z.B. 3-6 kleine Flaschen).....0
1/2 - 1 Liter (z.B. 2 kleine Flaschen).....0
0,3 - 0,5 Liter (z.B. 1 großes Glas).....0
0,1 - 0,3 Liter (z.B. 1 kleines Glas).....0
weniger als 0,1 Liter pro Tag.....0
kein Bier.....0

3.5. Welches B i e r bevorzugten Sie, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?

Starkbier (Bock, Doppelbock, Märzenbier).....0
Pils, Export, Alt -und Lagerbier oder Weizenbier....0
"Berliner Weiße".....0
Malzbier.....0
anderes Bier:_____
kein Bier.....0

3.6. Wieviel W e i n oder S e k t tranken Sie, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?

mehr als 2 Liter pro Tag....0
1-2 Liter pro Tag.....0
etwa 1 Liter pro Tag.....0
etwa 0,7 Liter pro Tag.....0
2-3 Gläser pro Tag.....0
etwa 1 Glas pro Tag.....0
etwa 1/2 Glas pro Tag.....0
weniger als 1/2 Glas pro Tag0
keinen Wein.....0

3.7. Welchen W e i n bevorzugten Sie, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?

Weißwein, Rotwein.....0
Dessertwein, Wermut.....0
Obstweine.....0
Sekt.....0
andere:_____
keinen Wein oder Sekt.....0

13.8. Wieviel S p i r i t u o s e n tranken Sie, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?

Anzahl pro Tag

_____ Glas/Gläser ("Schnäpse") (0,021)
_____ kleine Taschenflasche(n) (0,1 l)
_____ große Taschenflasche(n) (0,2 l)
_____ kleine Flasche(n) (0,7 l)
_____ große Flasche(n) (1,0 l)

13.9. Welche S p i r i t u o s e n bevorzugten Sie, nachem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken?

Liköre (Eier,-Sahne,-Schokoladenlikör).....0
Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.....0
Bitterliköre,Kräuterliköre (Stonsdorfer), Curacao usw.....0
Edelkirsch, Jägermeister usw.....0
Danziger Goldwasser.....0
Grand Marnier usw.....0
Branntweine (Bitter, Klarer, Korn, Wacholder).....0
Aquavit, Kümmerling, Sechsämtertropfen.....0
Weinbrand, Arrak, Gennever, Gin, Obstler, Edelkorn usw.....0
Wodka.....0
Doppelkorn, Rum, Steinhäger, Bacardi, Slivovitz, Obstbrand.0
Whisky, Calvados.....0
Pernod, Raki.....0
Underberg.....0
Pott - Rum.....0
Stroh - Rum.....0
andere:_____
keine Spirituosen.....0

13.10. Bei welcher Gelegenheit tranken Sie bevorzugt, nachdem Sie angefangen hatten, Alkohol wegen seiner Wirkung zu trinken? (Mehrfachnennungen möglich)

alleine.....0
bei der Arbeit.....0
bei geselligen Anlässen in kleinem Rahmen (z.B. Stammtisch).0
bei geselligen Anlässen in größerem Rahmen(z.B. Party,Feier).0
morgens.....0
beim Mittagessen.....0
beim Abendessen.....0
beim Fernsehen.....0
andere Anlässe:_____

13.11. Tranken Sie zu dieser Zeit auch manchmal heimlich? ja 0
nein 0

4. Hatten Sie Entzugszeichen? ja O nein O

4.1. Wann traten Ihre ersten Entzugszeichen auf? _____

4.2. Wie oft tranken Sie B i e r , nachdem Ihre ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?

während des ganzen Tages.....O
3-4 mal täglich.....O
2 mal täglich.....O
1 mal täglich.....O
fast jeden Tag.....O
3-4 mal pro Woche.....O
1-2 mal pro Woche.....O
weniger als 1 mal pro Woche..O
weniger als 1 mal pro Monat..O
nie Bier.....O

4.3. Wie oft tranken Sie W e i n oder S e k t , nachdem Ihre ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?

während des ganzen Tages.....O
3-4 mal täglich.....O
2 mal täglich.....O
1 mal täglich.....O
fast jeden Tag.....O
3-4 mal pro Woche.....O
1-2 mal pro Woche.....O
weniger als 1 mal pro Woche..O
weniger als 1 mal pro Monat..O
nie Wein oder Sekt.....O

4.4. Wie oft tranken Sie S p i r i t u o s e n , nachdem Ihre ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?

während des ganzen Tages.....O
3-4 mal täglich.....O
2 mal täglich.....O
1 mal täglich.....O
fast jeden Tag.....O
3-4 mal pro Woche.....O
1-2 mal pro Woche.....O
weniger als 1 mal pro Woche..O
weniger als 1 mal pro Monat..O
nie Spirituosen.....O

14.5. Wieviel B i e r haben Sie getrunken, nachdem die ersten Entzugszeichen aufgetreten waren? (pro Tag)

mehr als 5 Liter (z.B. mehr als 15 kleine Flaschen).0
3-5 Liter (z.B. 9-15 kleine Flaschen).....0
2-3 Liter (z.B. 6-9 kleine Flaschen).....0
1-2 Liter (z.B. 3-6 kleine Flaschen).....0
1/2 - 1 Liter(z.B. 2 kleine Flaschen).....0
0,3 - 0,5 Liter (z.B. 1 großes Glas).....0
0,1 - 0,3 Liter (z.B. 1 kleines Glas).....0
weniger als 0,1 Liter pro Tag.....0
kein Bier.....0

14.6. Welches B i e r bevorzugten Sie, nachdem die ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?

Starkbier (Bock, Doppelbock, Märzenbier).....0
Pils, Export, Alt-und Lagerbier oder Weizenbier.....0
"Berliner Weiße".....0
Malzbier.....0
anderes Bier:_____
kein Bier.....0

14.7. Wieviel W e i n oder S e k t haben Sie getrunken, nachdem die ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?

mehr als 2 Liter pro Tag.....0
1-2 Liter pro Tag.....0
etwa 1 Liter pro Tag.....0
etwa 0,7 Liter pro Tag.....0
2-3 Gläser pro Tag.....0
etwa 1 Glas pro Tag.....0
etwa 1/2 Glas pro Tag.....0
weniger als 1/2 Glas pro Tag.0
keinen Wein.....0

14.8. Welchen W e i n bevorzugten Sie, nachdem die ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?

Weißwein, Rotwein.....0
Dessertwein, Wermut.....0
Obstwein.....0
Sekt.....0
andere:_____
keinen Wein oder Sekt.....0

4.9. Wieviel S p i r i t u o s e n tranken Sie, nachdem die ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?

Anzahl pro Tag

_____ Glas/Gläser ("Schnäpse") (0,021)
_____ kleine Taschenflasche(n) (0,1 l)
_____ große Taschenflasche(n) (0,2 l)
_____ kleine Flasche(n) (0,7 l)
_____ große Flasche(n) (1,0 l)

4.10. Welche S p i r i t u o s e n bevorzugten Sie, nachdem die ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?

Liköre (Eier,-Sahne,-Schokoladenlikör).....O
Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.....O
Bitterliköre, Kräuterliköre(Stonsdorfer), Curacao usw...O
Edelkirsch, Jägermeister usw.....O
Danziger Goldwasser.....O
Grand Marnier usw.....O
Branntweine (Bitter, Klarer, Korn, Wacholder).....O
Aquavit, Kümmerling, Sechsämtertropfen.....O
Weinbrand,Arrak,Gennever,Gin,Obstler,Edelkorn usw.....O
Wodka.....O
Doppelkorn,Rum,Steinhäger,Bacardi,Slivovitz,Obstbrand...O
Whisky, Calvaros.....O
Pernod,Raki.....O
Underberg.....O
Pott-Rum.....O
Stroh-Rum.....O
andere: _____
keine Spirituosen.....O

4.11. Bei welcher Gelegenheit tranken Sie bevorzugt, nachdem die ersten Entzugszeichen aufgetreten waren?
(Mehrfachnennungen möglich)

alleine.....O
bei der Arbeit.....O
bei geselligen Anlässen in kleinem Rahmen(z.B.Stammtisch)O
bei geselligen Anlässen in größerem Rahmen(z.B.Party,Feier)O
morgens.....O
beim Mittagessen.....O
beim Abendessen.....O
beim Fernsehen.....O
andere Anlässe: _____

4.12. Tranken Sie zu dieser Zeit auch manchmal heimlich? ja O
nein O

15. Denken Sie bitte an die letzten 3 Monate vor Ihrem Krankenhausaufenthalt zurück. Wie oft tranken Sie zu dieser Zeit B i e

während des ganzen Tages.....0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche..0
weniger als 1 mal pro Monat..0
nie Bier.....0

15.1. Wie oft tranken Sie während der letzten 3 Monate vor Ihrem Krankenhausaufenthalt W e i n oder S e k t?

während des ganzen Tages.....0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche..0
weniger als 1 mal pro Monat..0
nie Wein oder Sekt.....0

15.2. Wie oft tranken Sie während der letzten 3 Monate vor Ihrem Krankenhausaufenthalt S p i r i t u o s e n?

während des ganzen Tages.....0
3-4 mal täglich.....0
2 mal täglich.....0
1 mal täglich.....0
fast jeden Tag.....0
3-4 mal pro Woche.....0
1-2 mal pro Woche.....0
weniger als 1 mal pro Woche..0
weniger als 1 mal pro Monat..0
nie Spirituosen.....0

5.3. Wieviel B i e r haben Sie in den letzten 3 Monaten vor dem Krankenhausaufenthalt getrunken? (pro Tag)

mehr als 5 Liter (z.B. mehr als 15 kleine Flaschen)..0
3-5 Liter (z.B. 9-15 kleine Flaschen).....0
2-3 Liter (z.B. 6-9 kleine Flaschen).....0
1-2 Liter (z.B. 3-6 kleine Flaschen).....0
1/2 - 1 Liter (z.B. 2 kleine Flaschen).....0
0,3 - 0,6 Liter (z.B. 1 großes Glas).....0
0,1 - 0,3 Liter (z.B. 1 kleines Glas).....0
weniger als 0,1 Liter pro Tag.....0
kein Bier.....0

5.4. Welches B i e r bevorzugten Sie in den letzten 3 Monaten vor dem Krankenhausaufenthalt?

Starkbier (Bock, Doppelbock, Märzenbier).....0
Pils, Export, Alt- und Lagerbier oder Weizenbier.....0
"Berliner Weiße".....0
Malzbier.....0
anderes Bier:_____
kein Bier.....0

5.5. Wieviel W e i n oder S e k t haben Sie in den letzten 3 Monaten vor dem Krankenhausaufenthalt pro Tag getrunken?

mehr als 2 Liter pro Tag.....0
1-2 Liter pro Tag.....0
etwa 1 Liter pro Tag.....0
etwa 0,7 Liter pro Tag.....0
2-3 Gläser pro Tag.....0
etwa 1 Glas pro Tag.....0
etwa 1/2 Glas pro Tag.....0
weniger als 1/2 Glas pro Tag.0
keinen Wein.....0

5.6. Welchen W e i n bevorzugten Sie in den letzten 3 Monaten vor dem Krankenhausaufenthalt?

Weißwein, Rotwein.....0
Dessertwein, Wermut...0
Obstwein.....0
Sekt.....0
andere:_____
keinen Wein oder Sekt.0

15.7. Wieviel S p i r i t u o s e n haben Sie in den letzten 3 Monate vor dem Krankenhausaufenthalt pro Tag getrunken?

Anzahl pro Tag

_____ Glas/Gläser ("Schnäpse") (0,02l)
_____ kleine Taschenflasche(n) (0,1 l)
_____ große Taschenflasche(n) (0,2 l)
_____ kleine Flasche(n) (0,7 l)
_____ große Flasche(n) (1,0 l)

15.8. Welche S p i r i t u o s e n bevorzugten Sie in den letzten 3 Monaten vor dem Krankenhausaufenthalt?

Liköre (Eier,-Sahne,-Schokoladenlikör).....0
Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.....0
Bitterliköre, Kräuterliköre (Stonsdorfer), Curacao usw.....0
Edelkirsch, Jägermeister usw.....0
Danziger Goldwasser.....0
Grand Marnier usw.....0
Branntweine (Bitter, Klarer, Korn, Wacholder).....0
Aquavit, Kümmerling, Sechsämtertropfen.....0
Weinbrand, Arrak, Gennever, Gin, Obstler, Edelkorn usw.....0
Doppelkorn, Rum, Steinhäger, Bacardi, Slivovitz, Obstbrand.0
Whisky, Calvaros.....0
Pernod, Raki.....0
Underberg.....0
Pott - Rum.....0
Stroh - Rum.....0
Wodka.....0
andere:_____
keine Spirituosen.....0

15.9. Bei welcher Gelegenheit tranken Sie in den letzten 3 Monaten vor Ihrem Krankenhausaufenthalt bevorzugt? (Mehrfachnennungen möglich)

alleine.....0
bei der Arbeit.....0
bei geselligen Anlässen in kleinem Rahmen (z.B.Stammtisch).0
bei geselligen Anlässen in größerem Rahmen (z.B.Party,Feier)0
morgens.....0
beim Mittagessen.....0
beim Abendessen.....0
beim Fernsehen.....0
andere Anlässe:_____

15.10. Tranken Sie zu dieser Zeit auch manchmal heimlich? ja 0
nein 0

6. Haben Sie während der letzten 3 Jahre Trinkpausen eingelegt?

ja 0
nein 0

6.1. Wenn ja, wieviele? _____

6.2. Wie lang waren die Trinkpausen durchschnittlich? _____

7. Ist diese Therapie im Jüdischen Krankenhaus Ihre erste stationäre Alkoholentzugstherapie? ja 0

nein 0

7.1. Wieviele Therapien haben Sie schon hinter sich?

im Krankenhaus: _____

ambulant: _____

7.2. Wann war Ihre erste Therapie im Krankenhaus: _____

8. Seit wann bestand bei Ihnen der ehrliche Wunsch, vom Alkohol wegzukommen?

_____

8.1. Seit wann bestand bei Ihnen der ehrliche Wunsch, sich aufgrund des Alkoholproblems behandeln zu lassen?

_____

9. Wer hat Sie endgültig bewegt, eine Behandlung aufzunehmen?

der Hausarzt.....0
der Partner.....0
die eigenen Kinder.0
die eigenen Eltern.0
der Arbeitgeber....0
Arbeitskollegen....0
Freunde.....0
ausschließlich aus eigenem Entschluß..0
andere: _____

10. Hatten Sie Gedächtnislücken? ja 0
nein 0

10.1. Wenn ja, seit wann? _____

11. Hatten Sie Kontrollverluste? ja 0
nein 0

11.1. Wenn ja, seit wann? _____

22. Haben Sie regelmäßig morgens getrunken?

ja 0
nein 0

22.1. Wenn ja, seit wann? _____

23. Wie waren Ihre Entzugszeichen?

Unruhe.....0
Verstimmung.....0
Händezittern.....0
Schweißausbrüche.....0
Ubelkeit.....0
"trockenes Kotzen".....0
Halluzinationen.....0
Epileptischer Anfall...0
Delir.....0
Ich hatte keine Entzugszeichen.....0

24. Welchen Typ der Alkoholkrankheit würden Sie als den Ihrigen bezeichnen

Gamma.....0
Delta.....0
Epsilon...0
keinen....0
weiß nicht0

25. Hatten Sie schon Selbstmordgedanken?

ja 0
nein 0

25.1. Hatten Sie schon Selbstmordversuche?

ja 0
nein 0

26. Nahmen Sie regelmäßig stimmungsverändernde Medikamente?

ja 0
nein 0

27. Wieviel Zigaretten haben Sie in der letzten Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt pro Tag geraucht?

über 50 Zigaretten 0
30-50 Zigaretten 0
15-30 Zigaretten 0
5-15 Zigaretten 0
unter 5 Zigaretten 0
keine Zigaretten 0

- - E N D E - -

ANHANG 3: VERZEICHNIS DER VERWENDETEN ABKÜRZUNGEN

A	Aquavit, Kümmerling, Sechsämtertropfen
AA	Anonyme Alkoholiker
Abb	Abbildung
Abi	Abitur
al	allein
Arb	am Arbeitsplatz
B	Bier
BK	Bitterliköre,Kräuterliköre (Stonsdorfer) Curacao usw.
BW	Branntweine (Bitter,Klarer,Korn,Wachölder)
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
cm	Zentimeter
CP	Chronische Phase
d	Tag
DG	Danziger Goldwasser
d.h.	das heißt
DR	Doppelkorn,Rum,Steinhäger, Bacardi,Slivovitz, Obstbrand
E	Edelkirsch
e	einzeln genannte Getränkearten
e+K	einzeln genannte Getränkearten plus in Kombination genannte Getränkearten
EKG	Elektrokardiogramm
et. al.	und andere
F	Fruchtsaftliköre, Kirsch mit Rum usw.
Fam	im Familienkreis
FHS	Fachhochschule
Fr	mit Freunden
G	Grand Marnier usw.
g	Gramm
Gew.-%	Gewichts-Prozent
GT	während des ganzen Tages
J	Jahre
kg	Kilogramm
Ko	Kombination verschiedener Alkoholika

L	Liköre (Eier-,Sahne-,Schokoladenlikör)
l	Liter
< M	weniger als einmal im Monat
mg	Milligramm
ml	Milliliter
Mo	Monat
n_1	Anzahl aller männlichen Merkmalsträger
n_2	Anzahl aller weiblichen Merkmalsträger
PKP	Prodromalphase und Kritische Phase
PP	Präalkoholische Phase
PR	Pernod, Raki
QF	Quantity-Frequency-Index
resp.	respektive
S	Spirituosen
SGOT	Serum-Glutamat-Oxalat-Transaminase
SGPT	Serum-Glutamat-Pyruvat-Transaminase
SR	Stroh-Rum
< T	fast jeden Tag
1 T	einmal täglich
2 T	zweimal täglich
3-4 T	drei- bis viermal täglich
Tab.	Tabelle
TK	Trinkverhalten vor Krankheitsbeginn
U	Underberg
u.a.	und andere
Uni	Universität
Vol.-%	Volumen-Prozent
W	Wein und Sekt
< W	weniger als einmal pro Woche
1-2 W	ein- bis zweimal pro Woche
3-4 W	drei- bis viermal pro Woche
WC	Whisky, Calvados
WE	Weinbrand, Arrak,Genever,Gin, Obstler,Edelkorn usw.
WHO	World Health Organisation
Wo	Wodka
z.B.	zum Beispiel

ANHANG 4: LITERATURVERZEICHNIS

1. ALKON, D.L., Parental deprivation, in: Acta Psychiatrica Scandinavica 223 (Supplement), 1971, 1-48

2. ANTONS, K., SCHULZ, W., Normales Trinken und Suchtentwicklung, Göttingen 1976

3. ATHEN, D., SCHRANNER, B., Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer medizinischen Klinik, Wiss. Symposium der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Tutzing 1980, 43-47

4. BATTEGAY, R., BERGDOLL, M., RAILLARD, V., Frauenalkoholismus. Sozioökonomische und psychologische Daten zur Ätiologie und Perspektive der Behandlung, in: Drogen und Alkohol - der aktuelle Stand in der Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger: Internationales Symposium, Basel 1979

5. BATTEGAY, R., LADEWIG, D., Gruppentherapie und Gruppenarbeit mit süchtigen Frauen, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 15, Hamm 1970, 81-92

6. BAYERISCHE SOZIALMINISTERIEN DES INNEREN (Hrsg), Jugend und Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak (Repräsentativerhebungen bei Jugendlichen in Bayern 1973, 1976, 1980), München 1982

7. BE[illegible], L.J., Women alcoholics - a review of social and psychological studies, in: Journal of Studies on Alcohol 36, 1975, 897-924

8. BECKMAN, L.J., Self-esteem of women alcoholics, in: Journal of Studies on Alcohol 39, 1978, 491-498

9. BERNER, P., KRYSPIN-EXNER, K., Die Entwicklung des weiblichen Alkoholismus im Einzugsgebiet der Wiener Klinik seit 1954, in: Wiener Medizinische Wochenschrift 42, 1965, 860-867

10. BILLINGS, A.G., GOMBERG, G.A., NASH, B.H., KESSLER, M., WEINER, S., Synchronized sipping in alcoholics and social drinkers - a preliminary investigation, in: Journal of Studies on Alcohol 39, 1978, 554-559

11. BOWMAN, R.S., STEIN, L.I., NEWTON, J.R., Measurement and interpretation of drinking behavior and social adjustment in a sample of problem drinkers, in: Journal of Studies on Alcohol 36, 1975, 1154-1172

12. BRAMMER, H., FRITZ, W., Alkoholismus, epidemiologische Untersuchung einiger Aspekte, in: Suchtgefahren 27, 1981, 53-57

13. BROMET, E., MOOS, R., Sex and marital status in relation to the characteristics of alcoholics, in: Journal of Studies on Alcohol 17, 1976, 1302-1312

14. BUNDESSOZIALGERICHT 3 RK 63/66, 1968

15. CHATELAIN, M., Berichte über Drogenkonsum im Alten und Neuen Testament, in: Vögler, G. (Hrsg.), Rausch und Realität - Drogen im Kulturvergleich, Köln 1981, 292-295

16. CHILD, I.L., BACON, M.K., BARRY, H., A cross-cultural study of drinking - III. Sex differences, in:Quarterly Journal of Studies on Alcohol 3 (Supplement), 1965, 49-61

17. von CRANACH, D., Drogen im alten Ägypten, in: Vögler, G. (Hrsg.), Rausch und Realität - Drogen im Kulturvergleich,Köln 1981,266-269

18. CRITERIA COMMITTEE, NATIONAL COUNCIL ON ALCOHOLISM: Criteria for the diagnosis of alcoholism, in: American Journal of Psychiatry 192, 1972, 127-135

19. CURLEE, J., A comparison of male and female patients at an alcoholism treatment center, in: Journal of Psychiatry 74,197ö,239-247

2o. DAHLGREN, L., Female alcoholics (III.) Development and pattern of problem drinking, in: Acta Psychiatrica Scandinavica 57,1978,325-335

21. DAHLGREN, L., Female alcoholics (IV). Marital situation and husbands,in: Acta Psychiatrica Scandinavica 59, 1979, 59-69

22. DELINT, J.E.: Alcoholism, birth rank and parental deprviation, in: American Journal of Psychiatry 12o, 1964, 1o62-1o65

23. DEMEL, I., Die Rolle des Partners und der Familie in der Behandlung von Abhängigkeitsprozessen, insbesondere bei der Suchterkrankung der Frau, in: Suchtgefahren 23, 1977,1o-22

24. DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg.), Alkoholprobleme am Arbeitsplatz, Kassel 1982

25. EDWARDS, G., HENSMAN, C., PETRO, J., A comparison of female and male motivation of drinking, in: International Journal of the Addictions 8, 1973, 577-587

26. ENCEL, S., KOTOWICZ, K.C., RESLER, H.E., Drinking patterns in Sydney, Australia, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 6 (Supplement), 1972, 1-27

27. ETTLINGER, R., Evaluation of suicide prevention after attempted suicide, in: Acta Psychiatrica Scandinavica 26o (Supplement), 1975, 1-135

28. FAHRENKRUG, H., Epidemiologische Alkoholforschung in den USA, in: Suchtgefahren 27, 1981, 73-88

29. FARBER, W., Drogen im alten Mesopotamien - Sumerer und Akkader, in: Vögler, G. (Hrsg.), Rausch und Realität - Drogen im Kulturvergleich, Köln 1981, 27o-29o

3o. FEUERLEIN, W., Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart 1979

31. FEUERLEIN, W., Epidemiologie des Alkoholismus, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 1981, 128-134

32. FEUERLEIN, W., RINGER, Ch., KÖFNER, H., ANTONS, K., Diagnose des [illegible]-Alkoholismus- Der Münchner Alkoholismustest (MALT), in: Münchner Med. Wochenschrift 119, 1977, 1275-1282

33. FLECK, J., Das Alkoholproblem im Arbeitsrecht, in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren Berlin: Alkoholismus im Rechtsleben 1, 1982, 2o-44

34. FRASER, I., The female alcoholic, in: Addiction 2o, 1973, 64-8o

35. FRAZIER, Ch., Alcoholism in industry, 12th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Prag 1966

36. GARRETT, G., HOWARD, R., BAHR, M., Comparison of self-rating and quantity-frequency measures of drinking, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 35, 1974, 1294-13o6

37. GARRETT, G., HOWARD, R., BAHR, M., Women on skid row, in: Quarterly Journal of Studies in Alcohol 34, 1973, 1228-1243

38. GAVALER, I.S., Sex-related differences in ethanol-induced liver disease: artificial or real?, in: Alcoholism 6, New York 1982, 186-196

39. GEI[illegible]RT, J., TESCHKE, R., Leberveränderungen bei akuter und chronischer Alkoholintoxikation, in: Suchtgefahren 27, 1981, 1-11

4o. GERCHOW, J., Kriminalität und Sucht, in: Feuerlein, W.(Hrsg.): Sozialisationsstörungen und Sucht, Wiesbaden 1981, 95- 1o4

41. GERCHOW, J., HEBERLE, B., Alkohol - Alkoholismus - Lexikon, Hamburg 198o

42. GERCHOW, J., SCHRAPPE, O., Alkoholismus - eine Information für Ärzte (von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren Berlin und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), Köln 198o

43. GOMBERG, E.S., The female alcoholic, in: R.E. Tarter, A.A. Sergeman (Hrsg.): Alcoholism: Interdisciplinary approaches to an enduring problem, Don Miles 1976, 6o3-636

44. HARMSEN, H., Die Frau in unserer Gesellschaft, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 15, Hamm 197o, 16-33

45. HERBER, F., TROCH, J., ZSCHOKE, D., Alkohol - Begriffe, Fakten, Gefahren von A - Z, Berlin (DDR) 1977

46. HOFFMANN, H., NOEM, A.A., Sex differences in a state hospital population of alcoholics on admission and treatment variables, in: Psychological Reports 37, 1975, 145-146

47. HOLZGREVE, W., Frauenalkoholismus - seine Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 15, Hamm 197o, 11-15

48. HOLZGREVE, W., Frauen - und Jugendalkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland - soziale Mobilität, Altersgliederung und soziokuturelle Hintergründe, in: 18th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Sevilla 1972, 47-52

49. HUNZIKER, A., Gesetzgebung und Sozial - Medizinischer Dienst für Alkoholkranke, Sarnen 1958

5o. INFRATEST (Hg.), Alkoholkonsum und Alkoholabusus, München 1975

51. JAMES, J.E., Symptoms of alcoholism in women - a preliminary survey of A.A. members, in: Journal of Studies on Alcohol 36, 1975, 1564-1569

52. JAROSZ, M., Influence of alcohol over family life - alcohol and children in desintegrated families, 32nd Internat. congress on Alcohol and Drug Dependence, Warschau 1978

53. JELLINEK, E.M., Alcoholism, a genus and some of its species, in: The Canadian Medical Association 83, 196o,1341-1345

54. JELLINEK, E.M., Phases in the drinking history of alcoholics - Analysis of a survey conducted by the official organ of Alcoholics Anonymous, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 7, 1946, 1-88

55. JELLINEK, E.M., Phases of alcohol addiction, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 13, 1952, 673-684

56. JELLINEK, E.M., The disease concept of alcoholism, Yale University Press, New Haven 196o

57. JOHN, U., Bessern auch unbehandelte Alkoholiker ihr Trinkverhalten? Ein Problem der Studien über Therapieerfolgskontrollen, in: Suchtgefahren 28, 1982, 273-283

58. JÜDISCHES KRANKENHAUS (Hrsg.), Jahresbericht 1981, Berlin 1982

59. JÜDISCHES KRANKENHAUS, II. Innere Abteilung (Hrsg.), Jahresbericht 198o, Berlin 1981

6o. JÜDISCHES KRANKENHAUS, II. Innere Abteilung (Hrsg.), Jahresbericht 1981, Berlin 1982

61. KAEBLER, Ch., Alcohol and ist relation to traffic deaths among young persons, 29th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Zagreb 1983

62. KELLER, M., Definition of alcoholism, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 21, 196o, 125-134

63. KELLER, M., Some views on the nature of addiction, 15th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Budapest 1979

64. KELLER, M., (Hrsg.), Zweiter Sonderbericht an den US-Kongreß über Alkohol und Gesundheit, in: Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit 36, Stuttgart 1976

65. von KEYSERLINGK, H., Unterschiede im Trinkverhalten zwischen alkoholkranken Männern und Frauen im Bezirk Schwerin, in: Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie 31, 1979, 168-173

66. KIELHOLZ, P., LADEWIG, D., Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen, München 1972

67. KHAVARI, K., FARBER, P., A profile instrument for the quantification and assessment of alcohol consumption - the Khavari-Alcohol-Test, in: Journal of Studies on Alcohol 39, 1978, 1525-1539

68. KURTZ, E., Not God - a history of Alcoholics Anonymous, Center City 1979

69. LADEWIG, D., Alkohol und Fahrverhalten, 24. Internationales Seminar zur Verhütung und Behandlung des Alkoholismus (ICAA), Zürich 1978, 141-15o

7o. LANGE. V., Humangenetische Gesichtspunkte zum Suchtproblem, 2. Wissenschaftliches Symposium der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Bad Kissingen 1976, 1-12

71. LITTLE, R., FRANCIA, E., SCHULTZ, A., MANDELL, W., Describing alcohol consumption - a comparison of three methods and a new approach, in: Journal of Studies on Alcohol 38,1977,554-562

72. MAJEWSKI, F., Über schädigende Einflüsse des Alkohols auf die Nachkommen, in: Nervenarzt 49, 1978, 41o-416

73. MARCKWORT, J., Über die Einstellung von Trinkerinnen und Nichttrinkerinnen zum Alkohol - eine sozialpsychologische Untersuchung, in: Suchtgefahren 22, 1976, 81-91

74. MARTINI, G.A., Erkrankungen der Leber und der Gallenwege, in: Gross, R., Schölmerich, P.(Hrsg.), Lehrbuch der Inneren Medizin, Stuttgart 1982, 693-753

75. MAXWELL, M., Alcoholic employees - behavior changes and occupational alcoholism programs, 3oth International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Amsterdam 1972

76. MERKEL, C.M., Gruppendynamische Konvergenztherapoe bei Alkoholkranken, Inaug. Diss., Bonn 1975

77. MILLER, J., STOCHER, R., SENSING, J., CAMPBELL, R., Value patterns of drug addicts as a function of race and sex, in: International Journal of the Addictions 8, 1973, 577-587

78. MULFORD, H., Women and men problem drinkers - sex differences in patients served by Iowa's Community Alcoholism Centers, in: Journal of Studies on Alcohol 38,1977, 1624-1639

79. MÜLLER, R., Determinanten des Wandels von Alkoholkonsummustern 195o-1975, in: Suchtgefahren 27, 1981, 1o4-1o9

8o. NAEVE, W., SCHULZ, F., Zur Alkohol-Kriminalität von Frauen, in: Suchtgefahren 25, 1979, 13-28

81. NAKAMURA, S., TAKEZAWA, Y., SATO, T., KERA, K., MAEDA, T., Alcoholic liver disease in women, in: Tohoku Journal of Experimental Medicine 129, 1979, 351-355

82. PEQUIGNOT, G., Les problèmes nutritionels de la société industrielle. Vie médicale Canada français 3, 1974, 216-225

83. PEQUIGNOT, G., CHABERT, C., EYDOUX, H., COURCOUL, M., Augmentation du risque de cirrhose en fonction de la ration d'alcool , in: Revue de l'Alcoolisme 2o, 1974, 191-2o2

84. PITTMAN, D.J., International overview: social and cultural factors in drinking pattern, pathological and non-pathological, in: Pittman, D.J. (Hrsg.), Alcoholism, New York 1967

85. PLANT, M., Women with drinking problems, in: British Journal of Psychiatry 137, 198o, 289-29o

86. PREISER, G., Wein im Urteil der griechischen Antike, in: Vögler, G.(Hrsg.), Rausch und Realität - Drogen im Kulturvergleich, Köln 1981, 296-3o3

87. PREISER, G., Wein im Urteil der Römer, in: Vögler, G. (Hrsg.), Rausch und Realität - Drogen im Kulturvergleich, Köln 1981, 3o4-3o9

88. RATHOD, N.H., THOMSON, I.G., Women alcoholics: clinical study, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 32, 1971, 45-52

89. REUBAND, K.H., Alkoholkonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Eine empirische Bestandsaufnahme, in: Berger, H., (Hrsg.), Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit, Stuttgart 198o, 26-53

9o. REUBAND, K.H., Jugend und Alkoholkonsum - Hamburger Schülerbefragung im Trendvergleich, in: Neue Praxis 3,1977, 242-251

91. RIEMENSCHNEIDER, H., Veränderungen des Persönlichkeitsbildes alkoholkranker Frauen während der Entziehungsbehandlung, 15. Internationales Seminar zur Verhütung und Behandlung des Alkoholismus, Budapest 1969

92. RIMMER, J., PITTS, F.N.jr., REICH, T., WINOKUR, G., Alcoholism II. Sex, socioeconomic status and race in two hospitalized samples, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 32, 1971,942-952

93. RIMMER, J., REICH, T., WINOKUR, G., Alcoholism V. diagnosis and clinical variation among alcoholics, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 33, 1972, 658-666

94. SARGENT, M.J., Changes in Japanese drinking patterns, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 28, 1967, 7o9-722

95. SCHMIDT, H.G., (Hrsg.), Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1983, in Verbindung mit der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamburg 1982

96. SCHMIDT, L., Autogenes Training und Hypnose bei Alkoholkranken, Symposium der Europäischen Hypnosegesellschaft, Berlin 198o

97. SCHMIDT, L., Die Therapie in der Psycho-somatischen Abteilung des Jüdischen Krankenhauses Berlin, Fachtagung Alkoholabhängigkeit - Aktuelle Formen, Duisburg 1972

98. SCHMIDT, L., Studie über Auswahl und Bedeutung alkoholischer Getränke während der Entwicklung der Alkoholkrankheit, 27. Internationales Seminar zur Verhütung und Behandlung des Alkoholismus, Wien 1981, 335-344

99. SCHOLZ, H., DEMEL, S., FLEISCHHACKER, W., KRYSPIN-EXNER, K., SCHUBERT,H., ZINGERLE, H., Ergebnisse einer vergleichenden halbstandardisierten Befragung von Alkoholkranken und Bezugspersonen über Krankheitsentwicklung und Prognose, in: Suchtgefahren 27, 1981, 23-32

1oo. SCHUCKIT, M.,The alcoholic woman: A literature review, in: Psychiatry of Medicine 3, 1972, 37-43

1o1. SCHWEIZER, T., Alkoholkonsum im interkulturellen Vergleich, in: Vögler,G. (Hrsg.), Rausch und Realität - Drogen im Kulturvergleich,Köln 1981,76-85

1o2. SCLARE, A.B., The female alcoholic, in: British Journal of Addiction 65, 197o, 99-1o7

1o3. SHIBATA, Y., MASUDA, T., Women and drinking, in: Virolainen, J., Meeting the financial burdens of false dependencies, Second World Congress for the Prevention of Alcoholism and Drug Dependancy (ICPA), Acapulco 1976

1o4. SMART, R., Female and male alcoholics in treatment: Characteristics at intake and recovery rates, in: British Journal of Addictions 74, 1979, 275-281

1o5. SOBELL, M., SCHAEFER, H., MILLS, K., Differences in baseline drinking behavior between alcoholics and normal drinkers, in: Behavioral Research and Therapy 1o, 1972, 257-267

106. SOUNDERS, J.B., DAVIS, M., WILLIAMS, R., Do women develop alcoholic liver disease more readily than men? in: British Medical Journal 282, 1981, 1140-1143

107. SPIEKER, G., Family violence and alcoholabuse, in: 24. Internationales Seminar zur Verhütung und Behandlung des Alkoholismus (ICAA), Zürich 1978, 335-342

108. STANETTI, F., Alcoholism - an occupational disease? 29th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, Zagreb 1983

109. STRAUS, R., BACON, S.D., Drinking in college, Yale University Press, New Haven 1953

110. TEUPEN, M.E., Alkoholismus - Angewandte Drogenerziehung und Einsatz eines neuen Mediums (Toncasette), Diplomarbeit, Köln 1982

111. TOPEL, H., Alkoholismus - ein Komplex biochemischer Ereignisse, Auslageschrift zum 5. Wissenschaftlichen Symposium der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Tutzing 1983

112. TROYAN, A., Epidemioligie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der Bundesrepublik Deutschland, in: Suchtgefahren 26,1980, 1-17

113. VIROLAINEN, J., Meeting the financial burdens of false dependencies, Second World Congress for the Prevention of Alcoholism and Drug Dependancy (ICPA), Acapulco 1976

114. WALLER, S., LORCH, B., Social and psychological characteristics of alcoholics: a male-female comparison, in: Internationalal Journal of Addictions 13, 1978, 201-212

115. WANBERG, K.W., HORN, J.L., Alcoholism symptom patterns of men and women - a comparative study, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 31, 1970, 40-61

116. WANBERG, K.W., KNAPP, J., Differences in drinking symptoms and behavior of men and women alcoholics, in: British Journal of Addictions 64, 1970, 347-355

117. WANKE, K., Alkoholismus bei Frauen - Analyse klinischer Erfahrungen, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 15, Hamm 1970, 68-80

118. WECHSLER, H., DEMONE, H.W. jr., GOTTLIEB, N., Drinking patterns of greater Boston adults, in: Journal of Studies on Alcohol 39,1978, 1158-1165

119. WIESER, S., Das Trinkverhalten der Deutschen, Herford 1973

120. WINOKUR, G., CLAYTON, P., Family history studies IV. Comparisons of male and female alcoholics, in: Quarterly Journal of Studies on Alcohol 29, 1968, 885-891

121. WINTER, L.W. (Hrsg.), Der Koran - Das heilige Buch des Islam, München 1959

122. WOEBER, K., The skin in the diagnosis of alcoholism, in: Second World Congress for the Prevention of Alcoholism and Drug Dependency (ICPA), Acapulco 1976

123. WORLD HEALTH ORGANISATION: WHO Expert Comittee on Alcohol. First Report, WHO Technical Report Series 84, Genf 1955

124. WORLD HEALTH ORGANISATION: WHO Expert Comittee on Dependence Producing Drugs, WHO Technical Report Series 312, Genf 1965

125. WORLD HEALTH ORGANISATION: Mental Health, Technical Report Series 48, Genf 1952

126. ZERBIN-RÜDIN, E., Genetische Faktoren bei der Entstehung von Alkoholismus, Internationales Seminar zur Prävention und Therapie des Alkoholismus, München 1982, 29-42

L E B E N S L A U F

Ich, Wolfgang Andreas Schmidt, wurde am 27. April 1957 als Sohn von Dr. med. Lothar Schmidt und Dr. med. Gertraudt Schmidt in Berlin-Zehlendorf geboren. Von 1964 bis 197o besuchte ich die Riemeister-Grundschule in Berlin-Zehlendorf, seit 197o das Carl-Friedrich-von-Siemens-Gymnasium in Berlin-Spandau, wo ich 1976 die Allgemeine Hochschulreife erwarb. 1976 und 1977 besuchte ich die Technische Universität Berlin als Lehramtskandidat für die Fächer Erdkunde und Englisch. 1977 bis 1983 studierte ich Medizin an der Freien Universität Berlin. Meine Approbation zum Arzt erfolgte am 1o. Juni 1983. Seit dem 2o. Juni 1983 bin ich als Assistenzarzt in der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Zehlendorf angestellt.

Berlin, im Februar 1984